

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



BEM-ESTAR ACADÉMICO
em alunos das Universidades da 3ª Idade em Portugal

Mónica Mota Marques

MESTRADO EM PSICOLOGIA
Área de especialização em Stress e Bem-Estar

2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



BEM-ESTAR ACADÉMICO

em alunos das Universidades da 3ª Idade em Portugal

Mónica Mota Marques

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Stress e Bem-Estar

Dissertação orientada por: Professora Doutora Maria Alexandra Marques Pinto

Professora Doutora Maria José Chambel

2009

AGRADECIMENTOS

Uma palavra de agradecimento a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização de mais uma meta da minha vida...

À Professora Doutora Alexandra Marques Pinto, por todos os conhecimentos, pela constante disponibilidade, pela motivação e força que me tentou inculcar durante todos estes meses, e acima de tudo, pela infindável paciência e sabedoria com que atendeu a todas as minhas dúvidas e angústias.

À Professora Doutora Maria José Chambel, pelo olhar objectivo, pelo sentido prático, pela exigência no rigor.

Às minhas colegas de mestrado, em especial à Cristina e à Joana, pelos seus esclarecimentos, as suas opiniões, o seu carinho e a amizade com que me presentearam.

Aos meus amigos, aqueles do peito, que nos momentos de exaustão e de desespero me deram palavras de ânimo e de consolo, me fizeram lembrar os objectivos a atingir.

Aos meus avós, que me deram todo o seu saber de experiência de vida, e me ensinaram a amar e respeitar todos à minha volta.

Aos meus pais, por terem sempre acreditado em mim, mas também insistido, exigido. O meu obrigado do fundo do coração.

Por fim, a todos os técnicos e alunos das Universidades da 3ª Idade, um agradecimento especial, pois sem a sua colaboração este trabalho não teria sido possível.

ÍNDICE

Resumo	1
Introdução	5
 PARTE I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
Capítulo 1 – Envelhecimento	9
Para uma Conceptualização do Envelhecimento	9
Dados sobre o Envelhecimento em Portugal	12
Envelhecimento numa Perspectiva Psico-desenvolvimental e Bem-estar dos Idosos	17
 Capítulo 2 – Desenvolvimento das Universidades da 3ª Idade	27
Perspectiva Histórica	27
Caracterização das Universidades da 3ª Idade em Portugal	31
 Capítulo 3 – Bem-estar Académico	36
Burnout	36
Engagement	43
Relação entre Burnout e Engagement	45
Reacção ao Stress: Coping e Savoring	47
 PARTE II: METODOLOGIA	
Capítulo 4 – Apresentação do Estudo	70
Objectivos, Problema e Questões de Investigação	70
Estudos	71
Método	72
 PARTE III: RESULTADOS	
Capítulo 5 – Análise dos Resultados	82
Estudo Quantitativo	82
Estudo Qualitativo	95

Capítulo 6 – Discussão dos Resultados	99
Qualidades Psicométricas do MBI-SS e do SEI	99
Padrão de Burnout e Engagement	100
Diferenças no Burnout e Engagement Académico entre Alunos das UTI's e Estudantes Universitários	103
Potenciais Variáveis, nomeadamente Estratégias de Coping e de Savoring, que conduzem ao Bem-estar Académico dos Alunos das UTI's	104
Conclusões	106
Conclusões Gerais	106
Reflexão Final	111
Bibliografia	115
Anexos	
Instrumentos de Avaliação e de Recolha de Dados	127

RESUMO

A presente investigação visa o estudo do Bem-estar Académico dos alunos das Universidades da 3ª Idade (UTI's).

Concretizando, pretende-se explorar nesta amostra os padrões de Burnout e Engagement, possíveis diferenças nestes indicadores em função dos dados sócio-demográficos e comparativamente a alunos do ensino formal, bem como as qualidades psicométricas do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (versão de Martinez, Marques Pinto, Salanova e Lopes da Silva, 2002) e do Student Engagement Inventory (versão de Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova e Bakker, 2002).

Exploram-se ainda potenciais variáveis associadas ao Bem-estar Académico destes alunos, especificamente estratégias de Coping e Savoring.

De modo a responder às quatro primeiros objectivos referidos, recorre-se a uma metodologia quantitativa, usando medidas de auto-relato cujos resultados são trabalhados estatisticamente, através de análises factoriais, descritivas, diferenças de médias e correlação. Para resposta à questão sobre quais os potenciais factores de Bem-estar Académico para estes alunos, é realizado um estudo exploratório, de carácter qualitativo.

Os resultados obtidos permitem concluir que os instrumentos apresentam boas qualidades psicométricas, revelando-se adequados à avaliação do Burnout e Engagement no contexto das UTI's. A amostra revela níveis baixos de exaustão e cinismo, e níveis elevados de eficácia e Engagement, manifestando elevado Bem-estar Académico.

Ainda, verificam-se diferenças no padrão de Burnout e Engagement da amostra em função das habilitações académicas e presença de doença crónica.

Observa-se também uma associação positiva, respectivamente, entre os níveis de exaustão e cinismo, e os de Engagement e eficácia, e uma associação negativa entre os níveis de exaustão e Engagement.

Como potenciais factores de Bem-estar Académico, destacam-se as estratégias de Coping centradas no problema e estratégias de Savoring (especificamente: partilha com outros, percepção de benefícios e auto-congratulação).

No final deste trabalho apresenta-se uma reflexão crítica sobre o mesmo, apontando limitações do estudo e pistas para futuras investigações.

Palavras-chave: BEM-ESTAR ACADÉMICO, EDUCAÇÃO, UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE, BURNOUT, ENGAGEMENT.

ABSTRACT

This research aims to study the Academic Well-being of Universities of the 3rd Age (UTA's) students.

More particularly, we intend to explore the Burnout and Engagement pattern of in this sample, possible differences in these indicators in terms of socio-demographic data and compared to formal education students, as well as the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory - Student Survey (Martinez, Marques Pinto, Salanova, and Lopes da Silva version, 2002) and the Student Engagement Inventory (Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova, and Bakker version, 2002).

Another aim is to explore the potential variables associated with the Academic Well-being of these students, specifically Coping and Savoring strategies.

In order to answer to the first four objectives referred, a quantitative approach is resorted, using measures of self-report whose results are statistically worked through factor and descriptive analysis, average differences and correlation. To answer the question about which are the potential Academic Well-being factors for these students, we conducted an exploratory study of a qualitative nature.

The results showed that the instruments have good psychometric qualities, proving to be suitable for Burnout and Engagement evaluation in UTA's context.

The sample revealed low exhaustion and cynicism levels, and high efficacy and Engagement levels, expressing high Academic Well-being.

Still, there are differences in Burnout and Engagement pattern of the sample on the basis of academic qualifications and presence of chronic disease.

It is also observed a positive association, respectively, between exhaustion and cynicism levels, and Engagement and efficacy, and a negative association between exhaustion and Engagement levels.

As potential Academic Well-being factors, its stand out problem focused Coping Strategies and Savoring strategies (specifically: sharing with others, perceived benefits and self-congratulation).

A critical reflection is presented at the end of this paper, pointing out study limitations and avenues for future research.

Keywords: ACCADEMIC WELL-BEING, EDUCATION, UNIVERSITY OF THE THIRD AGE, BURNOUT, ENGAGEMENT.

INTRODUÇÃO

O trabalho que aqui se apresenta tem origem, por um lado, numa crescente preocupação com o bem-estar das pessoas maduras e, por outro, na curiosidade sobre o universo das Universidades da 3ª Idade.

A opção por uma amostra de alunos de várias UTI's do país prende-se não só com o facto de se tratar de alunos maduros, a maioria deles pertencentes à chamada “terceira idade”, mas também em consequência do interesse sobre o Bem-estar Académico associado às experiências dos alunos neste contexto. De facto, não são conhecidos até à data quaisquer outros estudos que tenham abordado o Bem-estar Académico em populações maduras de alunos das UTI's.

Assim, procura-se perceber o Bem-estar Académico destes alunos, analisando as suas dimensões de base (Burnout e Engagement) com os instrumentos mais comumente utilizados para o mesmo fim mas em alunos mais jovens. Para além de diferir a idade e consequentemente todo um historial de vida entre estes alunos das UTI's e os alunos do chamado ensino formal, difere também o próprio contexto e objectivos de ensino, considerando-se por isso as UTI's como estabelecimentos de ensino não formal.

Ainda, procura-se perceber de que modo variáveis sócio-demográficas, como a idade, o sexo ou a existência ou não de doença crónica, afectam o Bem-estar Académico dos alunos das UTI's. Por exemplo, é sabido de outros estudos (i. e. Gecas, V., 1989, citado por Rapley & Fruin, 1999; Imuta, Yasumura, Abe & Fukao, 2001, Seeman & Chen, 2002, citados por Rabelo, 2007) que a existência de doença crónica afecta o sentido de eficácia das pessoas.

Tratando-se de um contexto diferente do ensino formal, com uma dinâmica e objectivos algo diferenciados, torna-se pertinente perceber se o Bem-estar Académico destes

alunos difere também do Bem-estar Académico manifesto por outros alunos, como os universitários.

Por outro lado, e porque as UTI's se assumem como organismos promotores de bem-estar, importa perceber também quais os factores que poderão potenciar este bem-estar, reflectidos na forma como os alunos das UTI's tendem a lidar com as experiências positivas e negativas (estratégias de Savoring e Coping, respectivamente) ocorridas neste contexto.

O Bem-estar Académico é abordado nesta investigação segundo a perspectiva de Schaufeli, Salanova, González-Romá e Bakker (2002b), entendido como um contínuo entre a ausência de Burnout e a presença de Engagement.

Por outro lado, abordam-se também os construtos de Coping e de Savoring como formas de lidar com o Stress. Como base teórica, é explicitado o modelo de Coping de Lazarus e Folkman (1984) e o conceito de Savoring, na perspectiva de Byant e Veroff (2007).

A nível da sua estrutura, este trabalho compreende três partes distintas, desenvolvendo-se ao longo de 6 capítulos. Na primeira parte procura-se fazer uma abordagem teórica dos temas chave neste trabalho. Assim, são abordadas as temáticas do envelhecimento, explorando o fenómeno em Portugal e também numa perspectiva psico-desenvolvimental. É feita uma revisão histórica sobre as Universidades da 3ª Idade e ainda uma caracterização das mesmas no contexto português. Finalmente, é abordado o Bem-estar Académico, explicitando-se os conceitos de Burnout, Engagement, a relação entre estes, e duas formas de lidar com o stress, o Coping e o Savoring.

A segunda parte deste trabalho é dedicada à apresentação do estudo. São explicitados os objectivos, o problema e as questões de investigação, bem como os dois estudos que

compõem este trabalho, um de natureza quantitativa e outro de natureza qualitativa, e o método adoptado para ambos.

Os resultados de ambos os estudos são apresentados e discutidos à luz da revisão teórica efectuada na terceira parte deste trabalho.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões e feita uma reflexão final e integrativa deste trabalho.

Deseja-se que este trabalho seja um bom contributo para o estudo do Bem-estar Académico, bem como para a caracterização deste nos alunos das UTI's em Portugal.

PARTE I:

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na primeira parte deste trabalho é feita uma reflexão sobre os constructos e conceitos centrais desta investigação. Cada capítulo procura abordar a evolução dos conceitos e respectivas definições, apresentando as abordagens, teorias e modelos explicativos considerados pertinentes. A primeira parte deste trabalho compreende os seguintes capítulos:

1. Envelhecimento
2. Desenvolvimento das Universidades da 3ª Idade (UTI's)
3. Bem-estar Académico

CAPÍTULO 1 – Envelhecimento

Para uma Conceptualização do Envelhecimento

Vivemos numa sociedade envelhecida, com o número de pessoas já em idade avançada a aumentar cada vez mais (Department of Health, 2003; Marín, Guzmán & Araya, 2004; Osorio, 2007; Monteiro & Neto, 2008) num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares, decorrentes em parte do envelhecimento acelerado da população a nível mundial (UNRISD, 2003; Monteiro & Neto, 2008). De facto, a expectativa de vida nos países industrializados aumentou cerca de 25 anos, sendo o grupo que apresenta maior crescimento o da população com idade na casa dos 80 anos (Taeuber & Rosenwaike, 1992, Wade, 1992, citados por Martín, Long & Ponn, 2002; UNRISD, 2003), o qual mostra tendência para continuar a crescer (Levet, 1998). Apenas num século, a esperança média de vida aumentou dos 45 anos para os 75 anos (Paul, 2005), o que levou a Comissão da Comunidade Europeia a propor uma nova designação de quarta idade para aqueles que tiverem 75 anos ou mais (D.E.C.P., 2002, citado por Monteiro & Neto, 2008), o que vai ao encontro da opinião de outros autores (Maia & Costa, 2004; Paul, 2005).

Na época romana, as pessoas com 60 anos eram já consideradas como idosos (Levet, 1998). Na nossa sociedade actual, consideram-se pessoas idosas as que têm 65 anos ou mais (Monteiro & Neto, 2008; INE, n.d.). Esta idade em Portugal é a idade base para a entrada na reforma. No entanto, não há uma idade específica a partir da qual as pessoas possam ser chamadas de velhas. Glendenning (2004) refere mesmo que o conceito de 3ª idade tem sido aplicado a pessoas a partir dos 50 anos, «recognizing the artificiality of the statutory

retirement age in the face of increasing redundancy and early ‘work exit’» (Glendenning, 2001, pp. 64).

Este período da vida associa-se a uma menor qualidade de vida, a um estado funcional mais pobre, onde a maioria dos sujeitos estará inactivo, sendo a disfuncionalidade presente não só na dimensão física, mas também na dimensão psicológica e social (Paul, 2005).

O envelhecimento que o ser humano atingiu nos dias de hoje, apesar de ser entendido por alguns como uma ameaça para o futuro, porque coloca desafios a nível social, económico, político e cultural às sociedades actuais e futuras, é também um dos maiores feitos do século XX (Aranibar, 2001; O’Neill, Williams & Hastie, 2002), fruto da evolução dos cuidados de saúde e do nível sócio-económico da população (Eurotrials, 2002; UNRISD, 2003), bem como de uma mudança de atitudes sociais e culturais (Aranibar, 2001).

Numa reflexão sobre a existência material e conceptual da velhice como fenómeno social, Lourdes Pérez Ortiz (1997, citada por Aranibar, 2001) distingue duas dimensões essenciais: por um lado, a idade, entendida como uma forte variável, estratificadora e ordenadora que permite compreender a velhice; por outro, as pautas de comportamento que a sociedade impõe, criando o conceito e estatuto de velhice.

O envelhecimento pode ser entendido em duas perspectivas diferentes (INE, n.d.). Este pode ser visto numa perspectiva individual, tendo em atenção a maior longevidade dos indivíduos (aumento da esperança média de vida). Mas pode também ser visto como envelhecimento demográfico, ou seja, pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Este fenómeno verifica-se nas populações onde os níveis de mortalidade infantil são muito baixos, e em que existe um aumento da esperança de vida devido à diminuição da mortalidade nas outras idades (Pérez Díaz, 1998).

Actualmente consideram-se três modos de envelhecer: um envelhecimento normal (onde não ocorrem patologias de qualquer tipo), um envelhecimento patológico (no qual surgem patologias físicas e/ou mentais) e um envelhecimento bem sucedido (ocorrendo em circunstâncias que propiciam o desenvolvimento) (Silva, 2005; Osorio, 2007).

O conceito de envelhecimento bem sucedido, também chamado de envelhecimento activo, abarca o interesse que existe hoje sobre a diversidade de experiências na velhice, bem como as contribuições reais ou potenciais que os idosos podem dar para o seu bem-estar e o doutros (UNRISD, 2003). Esta forma de envelhecimento consiste em viver e envelhecer optimizando as oportunidades que promovam a saúde, a participação social e a segurança, melhorando a qualidade de vida e o bem-estar (Botelho, 2005), vivenciando assim um envelhecimento bem-sucedido.

Não é possível delimitar a velhice das etapas anteriores de vida (Osorio, 2007), e muito menos definir o conceito de velhice de forma unívoca. Este é um conceito que varia num mesmo momento histórico consoante a cultura, região e país, e que continuará a modificar-se ao longo do tempo (Aranibar, 2001). Para além disso, para chegarmos a uma definição mais aproximada da realidade possível deste conceito, teremos que conjugar o conhecimento deste tema num conjunto muito vasto de ciências, tais como a Biologia, a Medicina, a Psicologia, a Antropologia, a Sociologia, as Ciências da Educação e a Demografia, entre outras (Aranibar, 2001). No entanto, podemos dizer que a velhice é uma das várias etapas do ciclo vital, fazendo parte de um processo no qual a pessoa se relaciona com a estrutura social do mesmo modo como o fez noutras etapas da sua vida, apesar das formas sociais variarem (Pérez Ortiz, 1996, citado por Aranibar, 2001, pp.20), e não uma etapa distinta e separada da vida de um indivíduo. O próprio ciclo de vida depende também de factores históricos e culturais. Apesar disto, a sociedade acaba por fazer uma forte

distinção entre a velhice e as restantes etapas do ciclo vital das pessoas, ditando normas, expectativas, papéis, status e uma pauta social sobre as idades que correspondem a cada etapa do ciclo vital.

É claro que a velhice, tal como qualquer outra etapa de vida, tem a sua própria especificidade, desde um ponto de vista fisiológico, relacionada com mudanças físicas e psicológicas, que se desenrolam mais rapidamente que na outras etapas da vida, de modo diferencial e particular (Levet, 1998). A velhice traz consigo um conjunto de transformações na pessoa, não só a nível físico e da independência funcional e económica, como também da modificação de papéis dentro do sistema familiar, da participação no mercado de trabalho, do aproveitamento do tempo livre, da auto-percepção e da percepção que os outros têm de nós, entre outras (Villa & Rivadeneira, 1999, citados por Aranibar, 2001). No entanto, as características que se consideravam próprias da velhice têm vindo a alterar-se rapidamente, o que tem implicações inevitáveis ao nível das políticas sociais e de protecção dos idosos. De facto, é difícil aceitar esta mudança contínua, e as instâncias oficiais, bem como as organizações humanitárias, têm continuado a insistir no apoio assistencial a este grupo populacional, descurando outras áreas tão ou mais importantes (Pérez Díaz, 1998), tais como o reconhecimento do seu papel social (Osorio, 2007).

Dados sobre o Envelhecimento em Portugal

No que concerne à realidade portuguesa, esta apresenta-se muito negativa face ao acentuado crescimento da população idosa e às políticas sociais para a terceira idade, que no nosso país são claramente insuficientes (Martín, Gonçalves, Silva, Paul & Pinto Cabral, 2007; Monteiro & Neto, 2008).

Actualmente, o ritmo de crescimento da população idosa é cerca de quatro vezes superior ao da população jovem (Eurotrials, 2002; Monteiro & Neto, 2008). Tem-se verificado no nosso país, tal como nos restantes da Europa, um aumento progressivo da população com 65 anos ou mais (Eurotrials, 2002). A nível mundial, o número de pessoas com 65 anos ou mais aumentou de 10 a 17 milhões entre 1900 para 342 milhões em 1992, tendo sido previsto um aumento para 2,5 biliões em 2050 (cerca de 20% da população mundial) (Spar & La Rue, 1998).

Em Portugal, a população idosa aumentou de 708 570 indivíduos em 1960 para 1 702 120 em 2001 (INE, 2002). No entanto, o crescimento da população idosa não é homogéneo, uma vez que neste período a população com 85 anos e mais registou um crescimento de 3.5%, enquanto a população com 65 anos e mais cresceu cerca de 2.7%. Isto indica um ritmo de crescimento bastante elevado entre a população mais idosa, tal como se verifica a nível mundial, onde os números nos dizem que as pessoas com 80 anos e mais constituem cerca de 11% da população de idosos, prevendo-se que esta percentagem aumente em 2050 para os 27% (FNUAP, 1999, citado por Federación Mundial de Salud Mental, 1999). Em Portugal, a proporção de idosos com 75 anos e mais aumentou de 2.7% em 1960 para 6.7% em 2001. No mesmo período, a população com 85 anos e mais aumentou de 0.4% para 1.5% (INE, 2002).

Em Portugal, o Norte detém a percentagem menor de idosos, sendo no Alentejo que predomina a população idosa (Eurotrials, 2002; INE, 2002). De facto, a migração das populações jovens tem levado a que se verifique uma grande percentagem de população envelhecida nas zonas rurais e do interior. Mesmo nas grandes áreas urbanas, é nas zonas históricas e nos bairros mais envelhecidos que vivem as pessoas com mais idade (Pérez Díaz, 1998).

Da população idosa em Portugal, as mulheres apresentam-se em maior proporção em relação aos homens, aumentando esta proporção quando consideramos as pessoas com 85 anos ou mais. De facto, os níveis de envelhecimento são mais significativos nas mulheres (INE, 2002). Em grande parte do globo as mulheres tendem a viver mais tempo que os homens (Levet, 1998; Fontaine, 2000), até sete anos a mais nos países industrializados (Arana, 2005). Isto é consequência da diferente proporção de mortalidade entre pessoas idosas, pois verifica-se que os homens morrem mais cedo que as suas esposas (Da Conceição, 1998; Nathanson, 1990, Niven & Carroll, 1993, citados por Metz & Miner, 1998), dado estarem mais expostos a certos riscos que as mulheres (e.g. guerras, acidentes laborais, tabaco, álcool) (Levet, 1998; Pérez Díaz, 1998; Botelho, 2005). As mulheres também tendem a vigiar mais a sua saúde, devido à maternidade (Levet, 1998). Para além disso, como as mulheres casam tradicionalmente com homens mais velhos, têm maior probabilidade de se tornarem viúvas (Pérez Díaz, 1998; Spar & La Rue, 1998; Da Conceição, 2002), e a não casar mais, contrariamente aos homens (Levet, 1998). A esperança média de vida das mulheres (78.7%) é maior em relação à dos homens (72.6%) (INEC, 2002, citado por Díaz, Díaz, Rojas & Novogrodsky, 2003). Em Portugal, os homens podem esperar viver até aos 72.4 anos, enquanto as mulheres podem viver cerca de 7 anos a mais que estes, até aos 79.4 anos (INE, 2002). Apesar disto, os homens manifestam uma maior probabilidade de viverem sem qualquer tipo de incapacidade (44,4%) que as mulheres (34,4%) (Eurotrials, 2002). De facto alguns estudos têm apontado para valores que indicam que a partir dos 60 anos um homem pode esperar viver 14 anos sem incapacidade e uma mulher 15 anos (Levet, 1998). Assim, nas situações de pré-reforma em que as pessoas param de trabalhar aos 55 anos, espera-se ainda ter 20 anos sem problemas graves de saúde.

De acordo com a Eurotrials (2002), grande parte das pessoas com 65 anos ou mais (cerca de 59,4%) vive com o cônjuge, tendo aumentado a proporção de famílias compostas

apenas por idosos cerca de 36% entre 1991 e 2001 (INE, 2002). Este valor constitui cerca de 17,5% do total das famílias portuguesas, que apresentam as taxas mais baixas de pobreza, e condições de alojamento e posse de bens de equipamento e conforto mais deficitárias (INE, n.d.).

O facto de ter aumentado a proporção de famílias constituídas só por idosos não significa que exista falta de suporte familiar, mas aponta para uma situação de distância entre os membros da família, nos moldes que se verificam nos países mais desenvolvidos (Ramos, 1992, Ramos e colaboradores., 1992, citados por Ramos, 2003).

Em Portugal os idosos vivem maioritariamente com o seu conjugue. Isto é concordante com a maioria dos idosos dos países desenvolvidos, onde estes vivem com o conjugue ou sozinhos. No nosso país verifica-se que 50.5% das famílias constituídas por idosos são formadas por apenas um idoso, e 48.1% por dois idosos (INE, 2002). A percentagem de idosos portugueses que vivem só com o conjugue é maior nos homens; também é nos homens que se verifica uma maior frequência para a formação de um nova família, tal como já dito anteriormente. Por outro lado, em 2001 32,5% das famílias clássicas possuíam pelo menos um idoso (INE, n.d.).

No que respeita ao nível de escolaridade, mais de metade da população portuguesa (55,1%) com idade igual ou superior a 65 anos, em 2001, não tinha nenhum nível de instrução, sendo esta proporção superior nas mulheres (INE, 2002). De modo geral, a população idosa portuguesa apresenta níveis baixos de instrução, apresentando as mulheres níveis mais baixos de instrução que os homens (Eurotrials, 2002). Consequentemente, a dificuldade que estas pessoas têm no acesso a informação escrita e mesmo falada, pode contribuir para um sentimento de solidão e isolamento (Paul, 1992, pp.73, citado por Fonseca, 2004).

Em relação à participação dos idosos no mercado de trabalho a nível europeu, esta tem vindo a diminuir nitidamente ao longo dos últimos anos, devido essencialmente às melhorias nos planos de reforma. Verifica-se uma tendência para as pessoas dizerem que sentem falta do dinheiro e do contacto social que o trabalho diário proporciona, mas a maioria reforma-se assim que pode, ocupando-se depois com outras actividades e rotinas para substituir o trabalho (Spar & La Rue, 1998). No entanto, é nesta etapa de vida que as dificuldades económicas tendem a acentuar-se, pois é na fase laboral que as pessoas dispõem de mais recursos económicos (Pérez Díaz, 1998).

No entanto, alguns idosos tentam permanecer activos, dedicando-se a uma profissão mesmo depois dos 65 anos. «Boa saúde, um forte empenhamento psicológico no trabalho e uma aversão activa à reforma contam-se entre os melhores preditores de se continuar a trabalhar depois das idades tradicionais de reforma» (Spar & La Rue, 1998, pp.26).

Em Portugal verifica-se uma realidade diferente, onde a população idosa activa tem vindo a aumentar desde os anos 90 (Eurotrials, 2002), principalmente no sexo masculino, sendo a actividade principal a agricultura (mais de 70%), e trabalhando a maioria das pessoas por conta própria (mais de 80%). No entanto, a maioria da população idosa era, à data da realização dos Censos 2001, inactiva (81%), sendo esta inactividade mais marcada nas mulheres (86% contra 74% nos homens) (INE, n.d.).

No que concerne à população portadora de deficiência, com base nos resultados dos Censos de 2001 pôde-se verificar que a deficiência aumenta com a idade, sendo 6,1% do total da população, e 12,5% da população geral com idade igual ou superior a 65 anos. Por outro lado, verificou-se que as principais deficiências identificadas foram, por ordem de crescente de frequência, as deficiências motoras, visuais e auditivas (Eurotrials, 2002).

Envelhecimento numa Perspectiva Psico-desenvolvimental e Bem-Estar dos Idosos

O envelhecimento é um processo biológico, psicológico e sócio-cultural (Egan, 2000; Duque-Parra, 2003; Osorio, 2007), que provoca várias mudanças a nível físico, psíquico e social (Ham, Sloane & Warshaw, 2002; Silva, 2005). Segundo Silva (2005), os gerontólogos mencionam que a velhice é experimentada primeiramente a nível físico, apesar das pessoas nem sempre notarem de imediato os seus sinais. Os primeiros a serem referidos são geralmente os cabelos brancos, a perda de elasticidade e a secura da pele, as rugas e as manchas. São referidas também afecções a nível auditivo, visual, respiratório, dos reflexos e da resistência física (Silva, 2005). No caso das mulheres, a perda da capacidade reprodutiva, aliada à menopausa, é um dos sintomas mais evidentes. Um outro sinal de envelhecimento é a dificuldade em ficar acordado toda a noite e conseguir ir trabalhar no dia seguinte (Ham et al., 2002). De facto, verificam-se alterações no sono com o avançar da idade (Nielsen, Nordhus & Kvale, 1998). Os idosos, apesar de passarem mais tempo na cama, dormem menos horas que os adultos mais novos, não só porque os seus padrões de sono modificam-se com a idade, mas também porque algumas condições físicas e/ou psicológicas os impedem de dormir (Ham et al., 2002).

O desenvolvimento do adulto é um processo dinâmico e contínuo (King & Wynne, 2004). Quando se atinge os 40 anos, ganha-se uma percepção gradual de que muitos sonhos e objectivos do passado não poderão ser atingidos, e entra-se então numa reflexão de vida, chamada comumente de “crise dos 40”. Também nesta altura surgem frequentemente problemas físicos a nível de visão e de coluna (Ham et al., 2002).

Entre os 50 e os 65 anos, surge a menopausa, as pessoas tornam-se avós, dão-se experiências de morte dos pais e de amigos, passa-se a ser o mais velho no trabalho, e

começam a enfrentar-se problemas de restrição física significativos devidos a doenças (Ham et al., 2002). Cerca de 75% dos factores que estão na base do surgimento destas doenças relacionam-se com estilos de vida desadequados, stress físico e mental, falta de exercício, dependências, factores ambientais e uma alimentação inadequada (Duque-Parra, 2003). Uma maior actividade física permitiria aos idosos uma vida mais independente, aliada a uma optimização do seu estado físico e da sua qualidade de vida (Martín, Moreiras & Carbajal, 2000; Rejeski & Mihalko, 2001).

Alcançados os 80 anos, poucos casais permanecem sem um dos membros ter falecido ou pelo menos estar significativamente debilitado. Estes anos trazem consigo as debilidades, a necessidade de cuidados, a solidão e a desolação. As dificuldades físicas impedem que os idosos saiam de casa, tornando-se o maior obstáculo à continuação ou criação de amizades em pessoas com mais de 80 anos (Spar & La Rue, 1998; Ham et al., 2002), e mesmo que levem a cabo as suas tarefas diárias. A morte passa a ser encarada sem medo, passando os idosos a temer condições de vida piores, como ter que ficar acamado ou desenvolver uma demência, e tornar-se um fardo para os outros (Spar & La Rue, 1998; Ham et al., 2002). É nesta altura que normalmente ocorre a institucionalização do idoso (Levet, 1998).

As crenças e a fé têm nesta etapa da vida um papel preponderante, nomeadamente na forma como se encara o sofrimento, a doença, as percas e a própria morte (Silva, 2005), influenciando positivamente a auto-estima (Paloutzian & Ellison, 1982, Krause, 1995; citados por Monteiro & Neto, 2008).

Nesta altura de vida, as pessoas dizem frequentemente que sentem uma dualidade: sentem-se jovens por dentro, mas os outros vêem-nos como velhos. Por outro lado, à medida que os idosos avançam na última fase da vida, as suas perspectivas e necessidades vão sendo cada vez mais distintas das dos mais jovens (Levet, 1998; Wong, 2003).

A vivência da reforma tem sido caracterizada de modo geral por um período de vida em que as pessoas têm mais tempo livre, menos responsabilidades, mas também menor poder social e económico, e menos contactos sociais (Fonseca, 2005; Osorio, 2007). De facto, um estudo realizado em Portugal (Fonseca, 2005) evidenciou que o aspecto positivo mais associado à reforma pelos idosos é a liberdade de uso do tempo com autonomia para decidir e controlar a própria vida.

Especificamente em relação ao género, têm-se verificado diferenças na forma como este período de vida é vivenciado (Williamson, 2000). De facto, existe alguma evidência que aponta que a reforma é um período mais difícil para os homens do que para as mulheres. Parece que o que a 3ª Idade significa para eles «has less to do with their gender per se than with how they have been socialized according to their gender over a lifetime of generational change. This gender socialization, their formal education, and life experience learning appear to have shaped their personal dispositions and outlooks on living in the Third Age» (Williamson, 2000, pp.56-57). Segundo Friedman (1993, citado por Williamson, 2000), o modo como os homens vivem a sua reforma depende em grande parte da forma como o seu sentido de self está relacionado com o trabalho, bem como do significado que é dado a esta etapa da vida. Por outro lado, a identidade das mulheres foi menos investida no trabalho e mais nos papéis de esposa, mãe e dona de casa, alguns dos quais continua a desempenhar durante a velhice.

De facto, as características mais básicas da personalidade mantêm-se com o avançar da idade, mas a percepção dos traços desejáveis sobrepõe-se à percepção dos traços indesejáveis do self (Spar & La Rue, 1998). Também as estratégias de Coping na velhice mudam, passando a centrarem-se nas emoções, traduzindo-se em passividade, aceitação, fuga aos problemas, entre outros (Spar & La Rue, 1998). É adoptada uma abordagem mais

filosófica da vida, reflectindo sobre esta, e irritando-se menos com coisas “pequenas” (Ham et al., 2002). De facto, verifica-se em diversos estudos (e.g. Mroczek & Kolarz, 1998, citados por Monteiro & Neto, 2008) que à medida que a pessoa envelhece experimenta estados emocionais menos negativos. Isto vai ao encontro do que nos diz a teoria desenvolvimental de Erickson (Spar & La Rue, 1998; Monteiro & Neto, 2008): nos últimos anos da idade adulta as tarefas primárias que a pessoa tem que resolver dizem respeito à integridade vs desespero, ou seja, a pessoa deverá avaliar o sentido do que fez ao longo da vida, e avaliar a validade e efeito desses comportamentos. O facto de ser indispensável para os outros e contribuir para a família e/ou para a sociedade como um todo revela-se importante para que o idoso mantenha o sentido de auto-valor (Spar & La Rue, 1998). Mas a perda de papéis, nomeadamente do papel parental (o chamado “complexo do ninho vazio”), de trabalhador (perca de sentido de utilidade social) e de cônjuge (perca afectiva), atinge aqui inevitavelmente a personalidade do idoso (Levet, 1998). Consequentemente, dá-se uma modificação do ideal do eu, fruto da confrontação dos nossos actos e ambições com o ideal (construído a partir de modelos reais ou imaginários) que gostaríamos de alcançar. Mas esta etapa da vida marcada por crises existenciais pode também ser uma altura boa para abarcar novos desafios e conquistas que dêem um novo sentido à vida de cada um, baseadas na procura do prazer e da satisfação pessoal e não no “dever”, (Monteiro & Neto, 2008) como ocorreu certamente em etapas anteriores da vida.

Por outro lado, e de um modo geral, as doenças mais frequentes nos idosos são, segundo Spar e La Rue (1998) a artrite, a hipertensão, o défice auditivo e visual, a doença cardíaca, as cataratas, deformidades ou défices ortopédicos, e diabetes. A nível mental, encontra-se o défice cognitivo, as perturbações do humor e da ansiedade, o abuso e/ou dependência do álcool, a esquizofrenia, as somatizações e as perturbações da personalidade (Spar & La Rue, 1998).

Egan (2000) considera que a saúde na velhice depende fortemente do modo de vida, da exposição a factores de risco, a oportunidades de acesso à protecção e à promoção de saúde ao longo da vida. As patologias que surgem são próprias, e as respostas às medidas terapêuticas são diferentes, em comparação com outras faixas etárias. Para o idoso envelhecer bem é fazê-lo sem sofrer os malefícios próprios da idade. O envelhecimento não pode ser prevenido, mas podem ser tomadas algumas precauções que o ajudam a ser melhor, tais como uma dieta adequada, prática regular de exercício físico, condições de habitação livres de acidentes, um meio ambiente seguro, vigilância da saúde, evitar o stress causado pela solidão e pelo isolamento, e ter uma ocupação. Estas são as principais condições para se promover um envelhecimento positivo (Levet, 1998; Silva, 2005).

De ressaltar ainda que a doença, seja física ou psicológica, provoca sofrimento e afecta o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, não só a nível emocional mas também a nível económico (pelos gastos com a saúde) e social (perca de autonomia, alteração das actividades do dia-a-dia e das relações sociais) (Paul, 2005; Silva, 2005).

Numa perspectiva de bem-estar, Brañas, Güemes, Chil e Mesa (2001) realizaram um estudo exploratório com o objectivo de identificar os factores psicossociais que o condicionam, bem como a qualidade de vida na terceira idade, e identificaram 12 factores psicológicos (necessidade de ser escutado, perca de papéis sociais, sentimentos de solidão, sentimentos de isolamento social, inadaptação à reforma, medo da doença ou de adoecer, preocupação pela perca de familiares e amigos, manifestações de inquietude e desassossego, manifestações de tristeza, medo da morte, sentimentos de pesar pela perda de autoridade, e manifestações de violência psicológica), e 12 factores sociais (necessidade de comunicação social, presença de barreiras arquitectónicas, viuvez, problemas na dinâmica familiar, falta de medicação, recursos económicos insuficientes, apoio comunitário

deficitário, estrutura comunitária insuficiente, dificuldades para desenvolver actividades recreativas, dificuldades na aquisição de alimentos fora do seio familiar, problemas com a habitação, e dificuldades na compra de medicação). No que diz respeito aos factores psicológicos, os que mais se destacaram foram a necessidade de ser escutado e a perda de papéis sociais. Relativamente aos factores sociais, a necessidade de comunicação social foi o factor que mais se destacou (Brañas et al., 2001). A entreaajuda é essencial à sobrevivência, mas a existência de relações sociais significativas tem também um papel protector da saúde mental das pessoas (Paul, 2005). E para os mais velhos, a qualidade dos seus relacionamentos é mais importante que a sua quantidade (Russell, Peplau & Cutrona, 1980, Wheeler, Reis & Nezlek, 1983, citados por Monteiro & Neto, 2008).

A família e os amigos constituem muitas vezes a principal rede de suporte dos indivíduos, principalmente dos idosos (Mailloux-Poirier, 1995; Spar & La Rue, 1998). De facto, a família assegura pelo menos 2/3 dos cuidados a idosos (Levet, 1998). Por outro lado, os próprios idosos têm um papel muito importante nas famílias, que não pode ser descurado, pois muitas vezes são eles que educam os mais novos, transferindo-lhes os seus valores (Federación Mundial de Salud Mental, 1999), dando-lhes um modelo do envelhecimento e uma nova perspectiva sobre a morte (Silva, 2005). Para além disso, a crise económica tem transformado as pessoas com mais de 60 anos em recursos para as suas famílias, sobretudo quando os filhos e/ou os netos se encontram no desemprego. A instituição da reforma pôs fim à necessidade dos pais idosos viverem com e em casa dos filhos (Levet, 1998). Mas quando os idosos são separados da família ou dos amigos por uma morte, mudança de casa, divórcio, partida de um ou mais filhos, ou mesmo por doença, os idosos dão por si muitas vezes sozinhos e sem recursos para as suas necessidades. Os investimentos afectivos realizados no passado sobre os filhos, familiares e amigos levam muitas vezes a pedidos e exigências que estes podem não entender ou atender (Silva, 2005). Mas este sistema de troca de apoio é um

factor importante que influencia o bem-estar psicológico das pessoas. A solidão pode aumentar a insegurança e bloquear seriamente a capacidade de adaptação à mudança, pelo que é normal o surgimento de comportamentos patológicos (Mailloux-Poirier, 1995).

A velhice aliada à inactividade (laboral) pode também levar a uma redução do desempenho físico, da capacidade motora, da capacidade de concentração, reacção e coordenação, levando a desmotivação pela vida, baixa auto-estima, insegurança, isolamento social e solidão (Monteiro & Neto, 2008).

Para além disso, a educação e as experiências de vida que os idosos de hoje tiveram no passado encontram-se em muitas situações desactualizadas. Consequentemente, uma pessoa idosa confronta-se muitas vezes com dificuldades na utilização das novas tecnologias que já fazem parte do nosso dia-a-dia.

Por outro lado, a própria perspectiva de velhice dos idosos é frequentemente um forte motivo para o seu isolamento e desmotivação pela vida, pelo que revela-se importante alterar os preconceitos subjacentes a isto (Monteiro & Neto, 2008).

Deste modo, as redes de apoio informal mostram-se essenciais para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, melhor saúde mental e satisfação de vida, conceitos chave para um envelhecimento óptimo (Paul, 2005; Silva, 2005).

Neste contexto, da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002, citada por Monteiro & Neto, 2008) surgiram algumas directrizes para a promoção de um envelhecimento activo, onde se destacou a importância da Educação Permanente e em especial do papel de organizações como as Universidades da Terceira Idade, pois envelhecer com sucesso exige uma aprendizagem e atenção permanentes (Monteiro & Neto, 2008).

«Uma educação para o envelhecimento e uma consciencialização do que acontece no organismo pode permitir a quem envelhece ter uma melhor qualidade de vida. Conhecer o próprio corpo é fundamental para um envelhecimento saudável e com sucesso.» (Monteiro & Neto, 2008, pp.24). Isto vai precisamente ao encontro de uma das principais preocupações dos alunos das UTI's, a preocupação com a sua saúde e estilo de vida (Monteiro & Neto, 2008).

Nas UTI's aprendem-se estes aspectos, o que permite às pessoas consciencializarem-se das atitudes e comportamentos mais adequados a um envelhecimento saudável. Nestas organizações, existem uma série de recursos que têm mostrado efeitos positivos no bem-estar dos idosos, como a existência de programas de exercício físico, actividades recreativas, culturais e de formação, voluntariado e solidariedade, onde se tenta fazer um equilíbrio entre as potencialidades e as limitações das pessoas, o que as ajuda a enfrentar as perdas decorrentes do envelhecimento. Deste modo, a educação para os idosos não é só um instrumento de exercício mental mas também um meio de promoção social.

Nestes espaços, desenvolvem-se novos papéis na comunidade, preservando a dignidade e o sentido de utilidade do idoso. Aqui a criatividade toma também um papel preponderante: se noutras etapas da vida esta não se manifestou ou foi uma capacidade da qual não se retirou grande prazer, na velhice esta é muitas vezes uma porta para o exterior, uma forma de comunicar, uma fonte de auto-conceito e de prazer, que se mostra também como resposta à solidão.

E um outro factor a favor do sucesso das UTI's é que a participação das pessoas nas suas actividades assenta no princípio do prazer e consequentemente da motivação. De facto, as actividades de um idoso não se devem a papéis sociais ou horários, mas são antes o resultado de preferências e disposições pessoais. Neste sentido, Havighurst (1961, citado por

Timmer & Aartsen, 2003) defende que o envolvimento em novas actividades que ocupem o tempo livre do idoso jovem é uma tarefa desenvolvimental essencial na preparação para a velhice, uma vez que «A educação dos idosos já reformados deve promover as competências requeridas pelas actividades autónomas no desenvolvimento das quais cada um se sinta em processo de valorização e realização pessoal. As competências variam em função das actividades eleitas e estas em função da motivação intrínseca do sujeito que as elege.» (Pinto, 2007, pp.96). Para além disso, nestas organizações dá-se uma troca de saberes intra e intergeracional, uma vez que o grupo de idosos alunos pode abarcar várias gerações, algumas das actividades desenvolvidas contemplarem a interacção com os mais jovens e também pelo facto de muitos dos professores voluntários serem eles próprios jovens (Monteiro & Neto, 2008). Quando nos debruçamos sobre os motivos que levam os idosos a participar em UTI's, verificamos que estes são essencialmente a procura de convívio, de aprendizagem, de actualização e desenvolvimento das competências cognitivas e culturais (Guerreiro, 1999, Néri & Cachioni, 1999; citados por Monteiro & Neto, 2008; Monteiro & Neto, 2008), que são marcadamente estratégias para lidar com a solidão e o isolamento.

A adesão dos nossos idosos a instituições como as UTI's poderá ser assim uma arma poderosa contra as situações de solidão e isolamento (Carrilho e Patrício, 2002, citados por Monteiro & Neto, 2008), tendo-se tornado estas num modelo aceite por todos e que constitui uma alternativa de política social para lidar positivamente com o envelhecimento. As UTI's mostram-se assim como sistemas alternativos compensatórios e integradores do mundo contemporâneo.

Neste sentido, o capítulo 2 deste trabalho incidirá sobre as UTI's, entendidas como contextos e factores de potencial promoção de bem-estar na velhice, especificamente de

Bem-estar Académico (reflectido em baixos níveis de Burnout e elevados níveis de Engagement), temáticas que serão abordadas posteriormente no capítulo 3.

CAPÍTULO 2 - Desenvolvimento das Universidades da 3ª Idade

Perspectiva Histórica

Foi na Bretanha, nas décadas de 70 e 80, quando as alterações no padrão demográfico social começaram a ser alvo de preocupação devido ao aumento da esperança de vida, que os educadores de adultos começaram a pensar que seria importante desenvolver actividades educacionais ou de ocupação dos tempos livres para os idosos (Glendenning, 2001). Os grupos e as organizações sociais dos idosos fornecem meios de ocupação do tempo livre para muitos idosos. Outros preferem fazer actividades mais relacionadas com os seus interesses e os seus hobbies, saindo apenas ocasionalmente a um clube ou a um bar. No entanto, cada vez mais idosos estão interessados em novas oportunidades de aprendizagem, e em dar continuidade à sua educação (Williamson, 2000). Para além disso, a evolução rápida do mundo dos nossos dias exige uma continuidade de aprendizagens (Pinto, 2007).

Assim, na Europa a primeira Universidade da Terceira Idade surgiu em 1972 na Universidade de Toulouse, na França (Williamson, 2000; Groombridge, 2003; Dopson, 2004). Segundo Glendenning (2001), esta universidade foi aberta a pessoas reformadas durante o período de férias de verão, de modo a encorajá-las a envolverem-se em grupos activos. Paralelamente surge um movimento semelhante no Reino Unido, na universidade de Cambridge e de Londres, em finais da década de 70, inícios da década de 80 (Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Dopson, 2004; Midwinter, 2005).

Nos Estados Unidos e no Canadá estas instituições já existem desde 1962, sob a designação de Institutes of Learning and Retirement (IRL's), sendo semelhantes às UTI's que

seguem o modelo inglês, apesar de algumas delas terem afiliações com colégios e universidades (Kerka, 1999).

Ainda em 1975 surgiu a AIUTA, uma organização internacional de universidades da terceira idade (Swindell & Thompson, 1995). No entanto, apenas há pouco mais de uma década este organismo reconheceu as UTI's que não seguem o modelo francês.

A principal diferença entre estes dois modelos (francês e inglês) é que o modelo francês se baseia num ensino mais formal, semelhante ao ensino superior, com avaliações, faltas e obtenção de graus académicos (Veras & Caldas, 2004). O modelo inglês, por seu lado, baseia-se num ensino mais informal, de auto-ajuda e auto-suficiência. Isto porque apesar de o objectivo inicial no Reino Unido ser promover a igualdade de acesso à educação para idosos que não tivessem tido essa possibilidade antes, não houve o apoio necessário por parte das universidades formais nem do estado, e os próprios alunos é que se tornaram também professores dos colegas em determinada área (por exemplo, um aluno que foi docente de História pode administrar aulas da sua área) (Kerka, 1999; Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Dopson, 2004; Midwinter, 2005). Neste modelo, cada aluno tem o seu próprio horário, de acordo com a sua disponibilidade e interesses, não existem avaliações nem faltas, nem são obtidos quaisquer graus académicos (Swindell & Thompson, 1995; Williamson, 2000; Swindell, 2002). As UTI's que seguem o modelo inglês estão abertas a qualquer pessoa, a um custo mínimo.

A maioria das UTI's está afiliada a alguma instituição, da qual recebe algum tipo de apoio, normalmente a cedência de espaços para as actividades (Swindell, 1999), ou algum subsídio monetário.

As actividades levadas a cabo nas UTI's são normalmente as aulas de línguas, história, saúde e outras disciplinas teóricas, a informática, as artes, teatro, música, observação da natureza, desporto e passeios (Dopson, 1999). Para além disso, algumas UTI's também levam a cabo estudos sobre o envelhecimento, principalmente as que se encontram afiliadas a universidades formais (Veras & Caldas, 2004).

Os principais objectivos destas instituições são a modificação das atitudes da sociedade sobre a população idosa (Nunes, 2000; Groombridge, 2003; Midwinter, 2005), a oferta de oportunidades de aprendizagem (Kerka, 1999), a promoção de momentos de socialização e convívio para os idosos (Midwinter, 2005), evitando a solidão e o isolamento (Swindell, 1999; Nunes, 2000), contribuindo para a sua integração social e crescimento pessoal (Glendenning, 2001; Veras & Caldas, 2004), promovendo a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar (Kerka, 1999; Nunes, 2000; Veras & Caldas, 2004).

Especificamente em relação às UTI's que seguem o modelo inglês, trata-se de uma forma de promover a liderança grupal e a partilha de recursos (Groombridge, 2003; Midwinter, 2005), sendo das experiências de cooperação social mais bem sucedidas (Midwinter, 2005).

Estudos anteriores verificaram que os principais motivos que levaram os idosos a procurarem as actividades das UTI's foram, para além da actualização de conhecimentos, o querer fazer novas amizades, combater a solidão e a falta de actividade (Nunes, 2000).

Outras investigações mostraram também que a maioria dos alunos das UTI's são mulheres (Williamson, 2000), interessadas sobre o processo de envelhecimento, os seus direitos sociais e em ter uma participação mais activa na sua comunidade (Nunes, 2000). Este facto tem sido explicado pelo maior nível de esperança de vida das mulheres em relação ao

dos homens, e pelo facto das mulheres se aposentarem mais cedo que os seus maridos. No entanto, na opinião de Williamson (2000) estes factos são circunstanciais e não explicam por si só este fenómeno. Assim, segundo este autor, este fenómeno é reflexo de uma variedade de actividades assentes em interesses mais comuns às mulheres, no estado civil dos alunos e nos grupos sociais de pertença nas UTI's.

Por outro lado, noutros estudos os idosos referiram dificuldades relacionadas com a frequência das UTI's, como a distância e o transporte inadequado, entre outras situações pessoais que os impedem de sair de casa (e.g. doença, incapacidade ou ser cuidador de alguém a longo prazo) (Swindell, 2002).

Esta forma de ensino representa o desenvolvimento que mais rapidamente ocorreu na educação de adultos (Groombridge, 2003). Por exemplo, no Reino Unido, Portugal, Espanha, Nova Zelândia, Austrália, bem como noutros países, as UTI's que seguem o modelo inglês cresceram rapidamente nos últimos 12 anos. Este crescimento coincidiu com o que tem sido visto como a pior recessão global desde 1930 (Swindell & Thompson, 1995). As próprias UTI's estão em desenvolvimento, reflectindo as mudanças demográficas a nível do envelhecimento (Kerka, 1999). Aquelas cujas actividades decorrem através da Internet são de especial importância por possibilitarem o acesso a pessoas dependentes ou isoladas geograficamente (Swindell & Vassela, 1997, citados por Kerka, 1999).

Segundo Silva (2005, pp.152), «Várias experiências de frequência das chamadas “universidades da terceira-idade” têm-se revelado excelentes oportunidades de convívio social, de aprendizagem e de treino em competências específicas». Podemos dizer que a educação nesta etapa da vida, tal como em todas as outras etapas anteriores, traz consigo benefícios a nível psicológico (Swindell & Thompson, 1995; Swindell, 1999; Swindell, 2002; Paul, 2005; Osório, 2007; Pinto, 2007) e social (Swindell, 2002; Martín, 2007).

Assim, e em síntese, a importância da educação na 3ª idade reside em: a) promover a auto-suficiência e independência das pessoas, reduzindo assim o peso sobre os recursos públicos e privados; b) ser um modo de ensinar formas de Coping às pessoas para superarem os seus problemas; c) fortalecer o seu contributo actual ou potencial para a sociedade; d) promover o equilíbrio, a perspectiva e a compreensão através da consciência de si, da auto-interpretação e da comunicação das experiências dos idosos a outras gerações; e e) constituir-se como um aspecto importante para muitos idosos que se empenham em aprender e em expressar-se (Groombridge, 1982, citado por Swindell & Thompson, 1995).

Caracterização das Universidades da 3ª Idade em Portugal

A primeira Universidade da 3ª Idade em Portugal surgiu em 1976, na cidade de Lisboa, com o nome de Universidade Internacional da Terceira Idade, sob a coordenação do Dr. Herberto Miranda (Costa, 1999, citado por Monteiro & Neto, 2008). O modelo seguido no nosso país pelas UTI's é o modelo inglês, pelo que estas instituições funcionam num regime de ensino não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida.

Segundo as entrevistas realizadas aos dirigentes das UTI's contactadas para este estudo (Anexo 1), as principais motivações e objectivos destas instituições são a ocupação saudável do tempo livre das pessoas aposentadas e reformadas, a promoção de um envelhecimento activo e da integração social, o combate ao isolamento e à solidão, a promoção de momentos de convívio, o possibilitar novas aprendizagens e a actualização de conhecimentos, ajudar a manter a actividade física e intelectual, ajudar a uma melhor qualidade de vida, e promover o voluntariado.

As actividades realizadas são dirigidas para pessoas geralmente com mais de 50 anos. Trata-se de actividades culturais, sociais, educacionais e de convívio, a maioria comuns entre as várias instituições existentes no país. Como exemplos podemos referir as aulas de línguas, história, psicologia, artes e bricolage, música, saúde, culinária, jardinagem, medicinas alternativas, desporto (nas mais variadas vertentes), dança, mas também convívios e comemoração de efemérides, passeios, workshops, processos de alfabetização e actividades ligadas a grupos de teatro, tunas e coros.

Normalmente, as actividades ocorrem em horário laboral e com períodos de descanso (férias) semelhantes aos do ensino formal, seguindo o calendário oficial do Ministério da Educação (Monteiro & Neto, 2008). Algumas actividades são realizadas à noite e/ou ao fim-de-semana (e.g. palestras, feiras). Uma das UTI's contactada neste estudo funciona em horário pós-laboral.

Nas UTI's contactadas alguns dos seniores são ao mesmo tempo alunos, professores e/ou dirigentes. No entanto, a maioria dos professores, ainda que voluntários, encontram-se no activo, sendo muitos deles jovens.

Actualmente existem em Portugal cerca de 85 Universidades e Academias Seniores associadas à RUTIS – Associação Rede de Universidades da Terceira Idade, contabilizando mais de 15000 alunos e 2000 professores voluntários.

Em média, cada UTI tem cerca de 22 professores e 150 alunos, a maioria deles com escolaridade superior ao 9º ano, e com idade entre os 60 e os 70 anos.

Os alunos das UTI's participantes neste estudo foram caracterizados pelos seus dirigentes como uma população na maioria do sexo feminino, heterogénea em relação às

habilitações académicas e ao nível económico, participativa, activa, dinâmica e com grande interesse na aprendizagem da informática e do inglês.

Para se tornar membro de uma UTI, e segundo as informações obtidas juntos das instituições contactadas, a cláusula mais comum é ter-se mais que 18 anos (apenas algumas UTI's exigem ser-se aposentado ou ter-se 50 anos ou mais), e outras são: pagar uma quota e/ou ser-se sócio da entidade que acolhe a UTI (ex. Associação de Reformados e Pensionistas de Torres Novas) ou residir no concelho.

Os principais benefícios em frequentar as UTI's referidos pelos alunos, segundo os dirigentes das mesmas, são as oportunidades de convívio, a ocupação do tempo livre, as possibilidades de realizar novas aprendizagens e de se manter activo, e ainda a realização pessoal. Já em relação às dificuldades, estas consistem essencialmente na dificuldade em aceder aos espaços onde ocorrem as actividades (por se situarem fora do centro das localidades ou por não haver transportes adequados), bem como dificuldade em conseguir gerir o tempo entre as actividades em que gostariam de participar e os seus afazeres diários, e ainda alguma falta de acompanhamento individualizado nas aulas.

Cerca de 35% das UTI's foram criadas pelos alunos, enquanto 7% estão sob a alçada de Câmaras ou Juntas de Freguesia. Apenas 6% das UTI's são IPSS. Das UTI's contactadas, a maioria foi criada inserida em instituições já existentes na comunidade local.

Estas associações podem ser de um de 4 formatos: associações autónomas, associações dependentes (e.g. ligação com a autarquia), podem fazer parte de um consórcio (e.g. ligação entre a autarquia, a Junta de Freguesia e uma IPSS), ou terem evoluído para uma associação em consórcio. A generalidade das UTI's contactadas neste estudo possui ligações a acordos com outras instituições, tais como câmaras, juntas de freguesia, estabelecimentos

de ensino formal, Santas Casas da Misericórdia e outras associações comunitárias locais, para além da grande maioria fazer parte da RUTIS.

Graças às ligações e acordos referidos atrás, algumas UTI's fornecem ainda serviços de apoio aos seus membros gratuitos ou a baixo custo, tais como serviços de enfermagem e cuidados ao nível do bem-estar (ex. estética, apoio psicológico).

As principais dificuldades referidas pelos dirigentes das UTI's que participaram neste estudo são a falta de espaço próprio (a maioria funciona em espaços cedidos pelas instituições com quem têm acordos), fracos recursos económicos e dificuldade em manter os professores (como a maioria destes encontra-se no activo, o tempo que podem disponibilizar é muito limitado). O dirigente de uma das UTI's contactadas referiu ainda a dificuldade em mostrar à população que as actividades realizadas não se enquadram no ensino formal.

Como projectos futuros, na generalidade os dirigentes das UTI's contactadas neste estudo referiram a aquisição/construção de instalações próprias, o estabelecimento de mais acordos e parcerias com outras entidades, a implementação de novas disciplinas, a criação de grupos de voluntariado entre os membros e o desenvolvimento de projectos de alfabetização. Uma das instituições tem ainda como objectivo criar pólos em vilas próximas à cidade onde se encontra a sede, como forma de chegar mais perto das pessoas e combater o isolamento.

Em 2006 a RUTIS candidatou-se ao Programa Operacional da Sociedade de Conhecimento (POS_C) do MCES, e fruto dessa candidatura foi possível criar a Universidade Sénior Virtual (www.seniorvirtual.net), um projecto que se iniciou no dia 13 de Novembro de 2007.

O sucesso das UTI's é, segundo Veloso (2000), devido ao aumento da participação dos idosos na sociedade e a nível cultural, bem como a uma crescente necessidade destes se

sentirem inseridos tanto social como culturalmente, e ainda de continuarem activos e actualizados nas várias áreas de conhecimento (Brasseul, 1981, citado por Veloso, 2000).

CAPÍTULO 3 – Bem-estar Académico

Burnout

De um modo geral, o Burnout tem sido descrito como uma doença específica que pode afectar um indivíduo saudável através da deterioração da saúde física e psíquica, podendo ter repercussões sobre a qualidade de vida, quer de forma transitória breve e reversível, quer de forma duradoura, e vir a constituir um dano irreversível. Segundo Maslach e Jackson (1984), este fenómeno foi inicialmente descrito como um tipo de stress ocupacional, que surge como resposta às fontes crónicas de stress emocional e interpessoal presentes no contexto ocupacional.

Anos mais tarde, Delbrouck (2003) retoma a definição de Maslach e Jackson de 1982 e descreve a síndrome de exaustão como sendo uma doença ocupacional, cujo denominador comum é a relação directa que existe entre a função e o estado de fadiga apresentado pelo indivíduo.

Embora alguns autores avaliem o Burnout como um construto unidimensional da ordem do distress ocupacional, parece ser geralmente aceite que a melhor forma de conceptualizar e avaliar esta síndrome é sob uma perspectiva tridimensional (Manzano, 2004). Assim, e de acordo com a definição de Maslach amplamente aceite a nível mundial, o Burnout é composto por uma tríade de fases progressivamente evolutivas: a exaustão ocupacional, a desumanização da relação com o outro e o sentimento de insucesso profissional ou sentimento de incompetência. França e Rodrigues (1997; citados por Delbrouck, 2003) caracterizam o fenómeno da seguinte forma: a exaustão emocional ocorre

quando o indivíduo percebe nele próprio que não dispõe de recursos suficientes para dar aos outros; a despersonalização ocorre quando se desenvolvem atitudes negativas e insensíveis em relação aos outros; a diminuição da realização e produtividade geralmente conduzem a uma avaliação negativa de si mesmo.

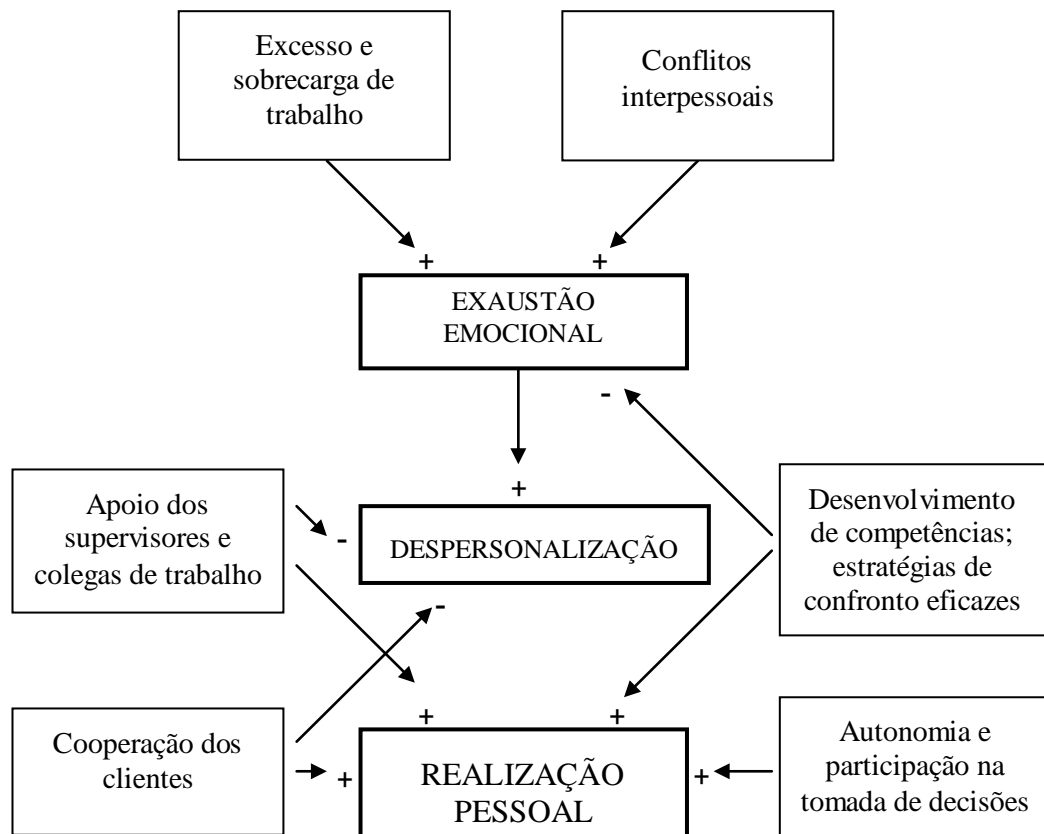
A despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos, atitudes negativas e cinismo para com outros indivíduos. Por outro lado, a diminuição da realização pessoal é entendida como o declínio dos sentimentos de competência e de obtenção de sucesso e realização através da actividade ocupacional. Maslach (1993; citado por Ramos, 2001) defende que o Burnout é de facto uma experiência individual de stress mas que ocorre num contexto social complexo de relações, envolvendo a concepção pessoal do próprio indivíduo através da realização pessoal vs percepção dos outros mediante a despersonalização.

Na sequência dos trabalhos pioneiros realizados por Maslach e Leiter (n.d.; citados por Leiter, 1993) desenvolveu-se um modelo conceptual articulado no qual se incluem processos de avaliação cognitiva e as exigências emocionais. Leiter (1993) conceptualiza o Burnout como um fenómeno complexo no qual se torna necessário compreender as relações entre as três dimensões do processo, como é possível observar no Modelo de Desenvolvimento do Processo de Burnout desenvolvido pelo autor.

Para Leiter (1993), a actividade ocupacional/académica tem um papel central na possibilidade do indivíduo atingir os seus objectivos, concretizar as suas aspirações e criar oportunidades para o desenvolvimento de relações interpessoais. Neste sentido, como meio de analisar a forma como o sujeito vivencia tal experiência, salienta-se a importância da exaustão emocional como componente central do modelo desenvolvido, pois esta indica-nos até que ponto o contexto ocupacional é percebido como uma ameaça para o indivíduo. A

despersonalização/cinismo e a diminuição da realização pessoal constituem os aspectos mais cognitivos do modelo, na medida em que sugerem um carácter negativo nas percepções e pensamentos dos sujeitos, não só em relação aos serviços que prestam mas também em relação a eles próprios (Cruz, Gomes & Melo, 2000). A diminuição da realização pessoal desenvolve-se em paralelo com a componente exaustão emocional à medida que aumentam as reacções aos diferentes aspectos do contexto laboral que constituem problemas. Assim sendo, o modelo preconiza que são as exigências do contexto ocupacional que promovem exaustão, e esta por sua vez, contribui para um aumento dos sentimentos de despersonalização/cinismo.

Consequentemente, a existência de recursos sociais e as características da função podem influenciar positivamente a realização pessoal. Por outro lado, a presença de apoio social bem como a cooperação dos outros influenciam negativamente os sentimentos de despersonalização, enquanto a existência de oportunidade para o desenvolvimento de competências e a utilização de estratégias de Coping eficazes promovem a diminuição dos sentimentos de exaustão emocional. A relação entre estas duas componentes, exaustão emocional e diminuição da realização pessoal, existe através do contexto social, ou seja, do tipo de recursos organizacionais existentes, do tipo de relações desenvolvidas entre colegas, com os outros e na pressão emocional vivenciada no contexto laboral. Dito de outra forma, os contextos ocupacionais onde são frequentes os conflitos interpessoais tendem a ser experienciados como pouco adequados e pouco seguros pelos seus membros, diminuindo por isso as oportunidades para a realização pessoal (Cruz e colaboradores, 2000). Apresenta-se em seguida o Modelo de Desenvolvimento do Processo de Burnout, adaptado de Leiter (1993):



Noutra perspectiva, Bakker, Demerouti, Nachreiner e Schaufeli (2001) consideram que o desenvolvimento do Burnout compreende dois processos. Por um lado, as exigências da ocupação levam a um gasto constante de energia que culmina no sentimento de exaustão. Por outro lado, a falta de recursos dificulta a resolução das exigências ocupacionais, levando consequentemente a um comportamento de afastamento/evitamento. A longo prazo, dá-se uma quebra de envolvimento com trabalho. Daqui se depreende que as exigências ocupacionais altas ou desfavoráveis se encontram positivamente relacionadas com a exaustão, enquanto os recursos ocupacionais se encontram negativamente relacionados com a falta de envolvimento com o trabalho. Quando estas duas condições ocorrem simultaneamente, as pessoas desenvolvem sentimentos de exaustão e falta de envolvimento com o trabalho, ou seja, o chamado síndrome de Burnout.

Apesar de no início o conceito de Burnout ter sido explorado de modo exaustivo no contexto restrito das profissões de relação de ajuda, este passou recentemente a ser investigado em todo o tipo de profissões e grupos ocupacionais. Este alargamento do conceito de Burnout, das profissões de apoio a outras profissões e até a actividades pré-profissionais como a actividade académica, levou a uma reconceptualização destas três dimensões. Assim, a exaustão diz respeito a reacções gerais ao stress, a nível da fadiga emocional e física, depressão, queixas psicossomáticas e ansiedade; o cinismo/despersonalização reflecte uma postura de indiferença ou distanciamento mental face ao trabalho; e a perda de eficácia profissional (perda de realização pessoal) refere-se à diminuição dos sentimentos de auto-eficácia no trabalho (Demouriti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001, citados por Marques Pinto, Lima & Silva, 2008).

Um dos ambientes onde o stress e Burnout estão presentes (Anderson & Cole, 2001) é o das instituições académicas, fazendo todo o sentido a sua avaliação neste contexto.

Assim, e à semelhança do que acontece com os grupos profissionais, um estudo de Manzano (2004) com estudantes universitários demonstrou que também em grupos pré-profissionais o Burnout se pode definir como o resultado cumulativo positivo da exaustão e cinismo, e negativo da eficácia profissional. Mais ainda, no mesmo estudo Manzano (2004) concluiu que a estrutura tridimensional do Burnout se ajusta melhor aos estudantes universitários da sua amostra do que uma solução unidimensional.

O Burnout dos estudantes diz respeito a sentimentos de exaustão devidos às obrigações escolares, ter uma atitude cínica e desligada face ao estudo, e um sentimento de incompetência relativa ao papel de estudante. É considerado uma erosão do envolvimento académico (Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova & Bakker, 2002a).

No caso das UTI's, apesar de não serem espaços de ensino dito “formal” com avaliações e punições por faltas, são instituições onde as relações interpessoais e os desafios aos conhecimentos e à capacidade de aprendizagem e interacção de cada um podem levar a sintomas de Burnout, tal como os verificados no ensino formal.

A concepção inicial de que o Burnout seria uma problemática apenas inerente às profissões da área das Humanidades assentou no uso quase universal do Maslach Burnout Inventory (MBI) para o avaliar, uma vez que este instrumento incluía dimensões que eram definidas em termos de interacções com outros. Posteriormente, a publicação do MBI General Survey (Schaufeli, Leiter, Maslach, & Jackson, 1996, citados por Schaufeli et al., 2002a) tornou possível o uso desta medida noutras populações.

Mas as três dimensões constituintes do Burnout abordadas anteriormente não foram deduzidas teoricamente (Schaufeli & Enzman, 1998). Pelo contrário, foram encontradas através de um primeiro passo na investigação destes autores, que consistiu na realização de entrevistas e questionários onde os autores tiveram acesso às atitudes e sentimentos que caracterizam os trabalhadores que experienciam um estado de Burnout. Consequentemente, os itens constituintes das escalas do MBI apresentam-se sob a configuração de declarações sobre sentimentos ou atitudes pessoais. Primeiramente, o MBI pretendia avaliar não só a frequência mas também a intensidade destes sentimentos ou atitudes. Actualmente, o instrumento nas suas várias versões apenas procura medir a frequência, uma vez que «(a) The frequency form its least similar to the typical format used in other self-report measures of attitudes and feelings; therefore, spurious correlations with other measures, due to similarities of response formats, should be minimized. (b) The seven points on the frequency dimension are all explicitly anchored for the respondent, creating a more standardized response scale;

therefore, the researcher can be fairly certain about the meaning assumed by respondents for each scale value.» (Maslach, Jackson & Leiter, 1996, pp.11).

Os 47 itens iniciais do MBI-HSS foram sendo gradualmente reduzidos por não cumprirem requisitos de validade estatística definidos pelos autores, até a um total de 22 itens.

Com o passar do tempo e os avanços nas investigações sobre o fenómeno do Burnout, o MBI-HSS começou a ser utilizado também noutras populações para além dos trabalhadores das áreas humanas, tendo-se verificado que as escalas de exaustão emocional e despersonalização/cinismo tendiam a surgir unidas num único factor (Leiter, Clark & Durup, 1994, citados por Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Assim, os autores deste instrumento desenvolveram uma nova versão, o MBI-GS, dirigida a profissões sem contacto directo e constante com outros dependentes. Nesta versão, o Burnout é percepcionado como «a crisis in one's relationship with work, not necessarily as a crisis in one's relationships with people at work.» (Maslach, Jackson & Leiter, 1996, pp.20). Deste modo, o MBI-GS pretende avaliar a relação dos respondentes com o seu trabalho num contínuo entre o Engagement e o Burnout. Aqui, o foco incide na performance do trabalho em geral e não na relação laboral.

Especificamente, no MBI-GS os itens da escala de exaustão emocional são genéricos, não havendo ênfase directa nas emoções nem nos receptores do trabalho dos técnicos (Schaufeli & Enzman, 1998). Relativamente à escala de eficácia, a diferença reside no facto de no MBI-GS esta focar mais directamente as expectativas da pessoa. A escala que difere mais da sua versão original no MBI-HSS é a despersonalização, que surge aqui sob a forma de cinismo. De facto, a despersonalização refere-se a um aspecto do Burnout intrinsecamente relacionado com o trabalho nas áreas humanas, enquanto o cinismo reflecte uma atitude de

distância ou indiferença pelo trabalho, como forma de Coping de evitamento sob as tarefas que causam um sentimento de exaustão ao trabalhador.

Posteriormente, surgiu uma nova versão do MBI, adaptada à população estudante, o MBI-SS (Schaufeli et al., 2002a), onde os vários itens constituintes apontam para questões relacionadas com o estudo, as aprendizagens e as vivências académicas.

A versão do MBI-SS foi já traduzida e adaptada para a população portuguesa (Schaufeli et al., 2002a), tendo mostrado possuir boas qualidades psicométricas na sua utilização junto de uma amostra de estudantes universitários. No entanto, tanto a nível nacional como internacional, não se conhecem estudos de adaptação deste instrumento com amostras de populações mais maduras.

Engagement

Na continuidade do estudo do Burnout, surge o estudo do fenómeno tido como o seu oposto, designado então por Maslach e Leiter (1997; citados por Schaufeli et al., 2002b) por Engagement. De facto, uma das implicações mais importantes da investigação sobre o conceito de Engagement recai sobre a possibilidade da intervenção poder ser mais eficaz se for pensada em termos de promoção de Engagement do que de redução do Burnout (Maslach, 2003), pois «Burnout is particularly related to job demands (e.g. work overload, emotional demands), but Engagement is particularly related to job resources (e.g. job control, availability of feedback, learning opportunities).» (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001, pp.417).

Mas apesar de haver um consenso de que o Engagement seja o fenómeno oposto do Burnout, vários autores defendem que se trata de um construto distinto, composto por dimensões distintas. Assim, Schaufeli e colaboradores (2002b) descrevem o Engagement como um estado persistente e abrangente de Vigor (nível elevado de energia e vontade de investir no trabalho), Dedicção (desafio, entusiasmo na realização do trabalho) e Absorção (envolvimento com gosto no que se faz). Estes três componentes constituem nada mais nada menos que as dimensões opostas às conceptualizadas no Burnout (Exaustão, Cinismo e Eficácia) (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Milhano, 2005).

Segundo Schaufeli e colaboradores (2002a), o Engagement diz respeito a um estado cognitivo e emocional persistente e geral. A dimensão absorção, em específico, encontra-se intimamente ligada com o conceito de *flow*, um estado caracterizado por «focused attention, a clear mind, mind and body unison, effortless concentration, complete control, loss of self-consciousness, distortion of time, and intrinsic enjoyment» (Csikszentmihalyi, 1990, citado por Schaufeli et al., 2002a, pp.465). A diferença entre *flow* e Engagement reside precisamente na sua duração temporal: um estado de *flow* é um estado momentâneo, passageiro, enquanto o Engagement é percebido por estes autores como um estado mais persistente.

No entanto, vários investigadores têm defendido que o Engagement não é um estado relativamente estável, mas antes uma condição pessoal que sofre flutuações ao longo do tempo (Kanh, 1990, Teuchmann, Totterdell & Parker, 1999, Ficher, 2000; citados por Sonnentag, 2003).

O conceito de Engagement foi operacionalizado por Schaufeli e colaboradores (2002b) através da construção do Student Engagement Inventory – SEI, utilizado para estudar as relações entre o Burnout e o fenómeno oposto em estudantes universitários, tendo estes

autores depois criou uma versão para o contexto laboral, a Utrecht Work Enthusiasm Scale – UWES.

O SEI foi originalmente constituído por cerca de 24 itens (9 para a dimensão vigor, 8 para a dimensão dedicação e 7 para a dimensão absorção), com uma pontuação semelhante à utilizada no MBI. Posteriormente foram excluídos 7 itens por não se mostrarem estatisticamente ajustados à medição do constructo.

Apesar de na maioria dos estudos se ter confirmado a solução do conceito de Engagement em três factores, surgiram algumas investigações onde isto não se verificou (Sonnentag, 2003; Milhano, 2005; Hallberg & Schaufeli, 2006), tendo sido encontradas versões unidimensionais do conceito, com valores de alfa de Cronbach muito bons (.91, .93 e .93 respectivamente).

Relação entre Burnout e Engagement

Segundo uma análise teórica realizada por Schaufeli e Bakker (2001, citados por Schaufeli et al., 2002b), existem duas dimensões relacionadas com o bem-estar ocupacional. Por um lado, a activação, que vai desde a exaustão até ao vigor. Por outro lado, a identificação, que corresponde ao contínuo entre o cinismo e a dedicação. Assim, o Burnout será uma combinação entre exaustão (baixa activação) e cinismo (baixa identificação), enquanto o Engagement será composto por vigor (alta activação) e dedicação (alta identificação). Estas dimensões são claramente opostas, o que já não acontece com as dimensões eficácia e absorção, que são conceitos distintos que não fazem parte do mesmo contínuo.

Schaufeli e colaboradores (2002b) defendem assim que seria de esperar verificar-se uma associação forte negativa entre a dimensão exaustão e a dimensão vigor, bem como entre a dimensão cinismo e a dimensão dedicação, uma vez que estas dimensões são claramente o oposto umas das outras, o que se tem verificado em vários estudos (Montgomery, Peeters, Schaufeli & Ouden, 2003, citados por Milhano, 2005; Schaufeli et al., 2002b). No entanto, noutros estudos (i.e. Schaufeli et al., 2002b) as três dimensões do Engagement surgiram fortemente relacionadas com a dimensão eficácia do Burnout. Este resultado é contrário ao esperado teoricamente, ou seja, que cada dimensão do Burnout encontra o seu oposto nas dimensões do Engagement.

O Bem-estar Académico (avaliado pela presença de Engagement e ausência de Burnout) é um dos factores que parece mediar a relação entre o sucesso académico e a auto-eficácia académica (Salanova, n.d.), segundo os resultados de alguns estudos. Ser bem sucedido academicamente parece ter uma influência indirecta no Burnout ou Engagement, dependendo dos níveis de competência percebida. E embora não existam estudos conclusivos, parece lógico pensar que os estudantes com maior probabilidade de êxito são os que apresentam maior vigor, dedicação e compenetração nos seus estudos (Martínez & Salanova, 2001, citados por Manzano, 2004; Schaufeli et al., 2002b), enquanto os alunos com maior risco de abandono escolar serão os que manifestam maior exaustão emocional e cinismo, a par com baixos níveis de vigor e dedicação ao estudo (Martínez & Salanova, 2001; Manzano, 2001, citado por Manzano, 2004).

Reacção ao Stress: Coping e Savoring

Coping

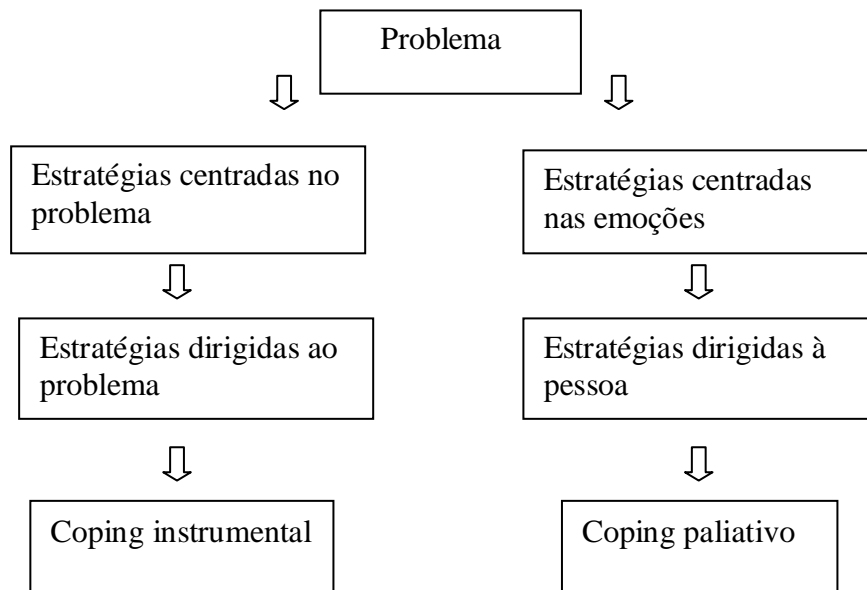
Intimamente relacionado com o stress e consequentemente com o Burnout surge o Coping. O conceito de Coping tem sido definido como o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir exigências internas e/ou externas específicas que são apreciadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa (Hobfoll, Schwarzer & Chon, 1998). Ou seja, os recursos de Coping são moderadores do efeito do stress sobre o bem-estar das pessoas, pela influência que têm na sua percepção de stress e/ou pela sua intervenção no próprio processo de stress em si (Marques Pinto, Lima & Silva, 2008).

As estratégias de Coping constituem tentativas cognitivas, emocionais e comportamentais para gerir as exigências impostas por tais stressores (Lazarus, 1998; citado por Seiffge-Krenke & Beyers, 2005). Esforços empíricos e conceptuais para definir o Coping têm-se referido tipicamente às diferentes funções do Coping, isto é, ao dirigir-se directamente ao stressor procurando apoio social [Coping focado no problema ou orientado para a abordagem (Lazarus, 1993; Seiffge-Krenke, 1995, citado por Seiffge-Krenke & Beyers, 2005)], ao lidar com os stressores cognitivamente, ou ao regular as emoções associadas [Coping focado na emoção (Seiffge-Krenke, 1995, Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van der Kommer, & Teerds, 2002, citados por Seiffge-Krenke & Beyers, 2005)] ou evitando os stressores [Coping de evitamento (Lazarus, 1993, Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000, citados por Seiffge-Krenke & Beyers, 2005)].

Assim, o Coping tanto pode ser aberto (comportamental) como coberto (cognitivo). Segundo Ramos (2005), na maioria das situações acabamos por combinar estes dois tipos de Coping.

As respostas de Coping variam sistematicamente com apreciações dos stressores que, de acordo com o modelo de Lazarus & Folkman (1984; citados por Seiffge-Krenke & Beyers, 2005) consistem em (a) apreciações primárias (e.g. avaliações da controlabilidade e magnitude da ameaça), (b) apreciações secundárias (e.g. a disponibilidade dos recursos pessoais ou apoio social para lidar com o stressor), e (c) apreciações terciárias (e.g. avaliações do efeito de Coping). No modelo de Lazarus, as estratégias utilizadas consistem num processo de avaliação cognitiva segundo o qual o indivíduo percebe o acontecimento indutor de stress e o nível de stress que ele gera e, quando é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como ameaçadores ou indutores de stress, activa diversos “filtros” com a função de gerir esses acontecimentos de forma a obter controlo sobre a sua resposta emocional e com o objectivo de se ajustar à situação. Estas estratégias são utilizadas pelo indivíduo para se adaptar aos elementos indutores de stress ou para os modificar e, assim sendo, estão em constante mudança em função das avaliações que o indivíduo faz do meio que também está permanentemente em mudança.

A confrontação começa por uma ligeira negação do potencial ameaçador do stressor, o que permite o seu controlo. Então, o que fazer? Ocorre aqui um processo de avaliação de respostas possíveis, que Lazarus designou por apreciação secundária. Neste momento, seleccionam-se as estratégias de abordagem activa, como se descreve em seguida:



Para Lazarus o Coping de evitamento seria uma forma passiva de lidar com o stressor, distinta da regulação emocional. Mas outros autores, como Snyder e Pulvers (2001, citados por Ramos, 2005) discordam, uma vez que se as pessoas tentam usar as suas emoções para lidar melhor com o stressor. Deste modo, tanto as estratégias centradas no problema como as centradas nas emoções são activas, uma vez que de uma forma ou outra as pessoas acabam por agir sobre os stressores.

De facto, ao modificar o stressor ou as emoções que ele provoca, as pessoas minimizam a sua negatividade. Dá-se então uma reinterpretação menos assustadora da situação e uma percepção de respostas possíveis em maior número e/ou mais eficazes. Ao enfrentar positivamente o stressor, a pessoa torna a sua percepção sobre futuros stressores mais positiva e activa.

Já no que concerne ao Coping de evitamento, este começa logo quando se avalia o stressor como muito ameaçador e insuportável. Ao fazer a avaliação de respostas possíveis a pessoa não consegue encontrar em si nenhuma estratégia ou recurso para lidar com o stressor de modo eficaz, acabando então por adoptar estratégias de evitamento reactivo, o que reforça

a negatividade do stressor. O passo seguinte é tentar não pensar no stressor, o que vai provocar uma hiperatenção paradoxal a este (quanto mais se tenta não pensarmos numa coisa, mais ela está vivida no nosso pensamento). Ou seja, ficamos hipervigilantes, o que nos faz ver o stressor como pior, precipitando uma auto-focalização antecipada. Neste processo as pessoas centram-se demasiado em si mesmas, fixando-se nas suas incapacidades e pensando de modo ruminante em como não conseguem lidar com o stress, como se sentem inseguras, incapazes, incompetentes, imperfeitas. Centram-se excessivamente nas suas emoções negativas, de modo automático, não intencional. Ocorre então o aumento de pensamentos e emoções disfuncionais que amplifica o carácter assustador do stressor.

Por outro lado, quando enfrentamos o stressor, ficamos mais tensos, angustiados e preocupados, dado que a confrontação implica um estado de alerta mental que se repercute também fisicamente.

Mas quando optamos por recorrer a um estilo de Coping de evitamento, o mal-estar depressa se desvanece. No entanto, este tipo de Coping a médio e longo prazo acaba por perturbar ou impedir a realização de comportamentos adequados para lidar com os stressores, provocando entorpecimento emocional, intrusão de material assustador e temido (como por exemplos os pesadelos), comportamentos disfuncionais de evitamento e falta de consciência relativa à ligação entre os sintomas e as suas causas (Roth & Cohen, 1986, citados por Ramos, 2005), resultando muitas vezes na psicossomatização.

As estratégias de confrontação têm sido associadas à redução de sintomas de depressão, de tensão psicológica, de sentimentos de angústia e de problemas futuros de desempenho de papéis sociais. Por outro lado, o evitamento apresenta-se associado a um aumento da tensão psicológica e à amplificação de problemas futuros. Em síntese, «A longo prazo, o evitamento intensifica a adversidade das transacções de stress, ao passo que a

confrontação garante um funcionamento saudável e previne as consequências negativas do stress.» (Ramos, 2005, pp. 133).

Consequentemente, e porque o stress e o Coping representam um processo desenvolvimental (Aldwin, 1994, citado por Ramos, 2005), as pessoas que lidam bem com o stress conseguem adaptar-se melhor aos desafios da vida. Especificamente, as mudanças psicossociais, tal como acontece nas mudanças dos factores biológicos, alteram as bases sociais e culturais dos comportamentos, tornando as antigas desadequadas às novas realidades. Deste modo, o Coping assume uma função central no processo de adaptação humana, pois «O Coping modela activamente o curso das relações pessoa-ambiente, assim como o ambiente modela o Coping, estimulando as pessoas a actualizarem os seus mecanismos de Coping.» (Coyne & Lazarus, 1980, citados por Ramos, 2005).

Na prática, este modelo preconizado por Lazarus e explorado por outros investigadores considera o Coping como uma variável intra-individual que é activada por aspectos situacionais (Buchwald & Schwarzer, 2003), o que tem influenciado desde há décadas a investigação sobre o Coping (Lazarus, 1991, Lazarus e Folkman, 1984, 1987, citados por Buchwald & Schwarzer, 2003).

No entanto, há pelo menos uma fraqueza fundamental no considerar o stress como aquilo que é percebido como stressante. Se a apreciação determina tanto o que é ameaçador como os recursos que os indivíduos possuem, surge um problema de circularidade. Se alguém aprecia algo como não ameaçador, e se o ser ou não ameaçador depende de uma avaliação prévia, então a pessoa já teve que avaliar previamente que se tem ou não recursos adequados para lidar com essa situação (Hobfoll, Schwarzer & Chon, 1998).

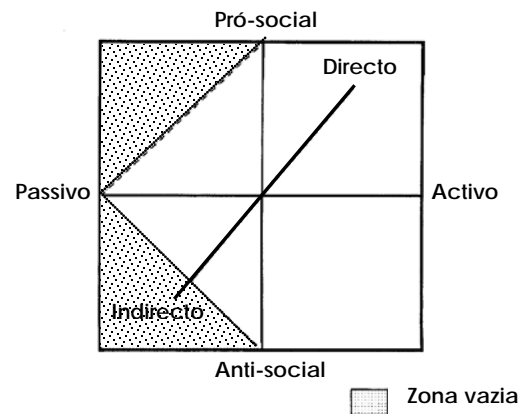
Mais recentemente, a investigação sobre o stress alargou a sua visão dos processos de Coping. Autores como Hobfoll (1988, 1998, citados por Buchwald & Schwarzer, 2003), Lyons e colaboradores (1998, citados por Buchwald & Schwarzer, 2003) e Mickelson e colaboradores (2001, citados por Buchwald & Schwarzer, 2003) abandonaram a visão individualista de Lazarus e alargaram a compreensão do Coping conceptualizando-o não apenas como um processo individual, mas também social (Buchwald & Schwarzer, 2003).

Hobfoll (1988) sugere que o stress ocorre quando os recursos se perdem, são ameaçados de perda, ou quando existe um investimento sem o ganho de recursos consequente.

O modelo multiaxial do Coping consiste em três eixos: activo/passivo, pró-social/anti-social e directo/indirecto, incluindo não só dimensões individuais mas também sociais do Coping (Schwarzer & Buchwald, 2000). De facto, o Coping não é apenas um processo individual mas também social, pois as pessoas enfrentam os seus problemas de forma a gerir os seus recursos pessoais e sociais tanto internamente como na relação que estabelecem com os outros. O Coping social está relacionado com a capacidade dos indivíduos considerarem as consequências das suas acções sobre os outros (e.g. Coping pró-social vs anti-social), bem como o impacto de determinada acção em determinados indivíduos ou num determinado grupo. Deste modo, o Coping social pode ser influenciado por regras sociais e determinado por recursos interpessoais que caracterizam uma díade, um grupo, ou uma organização (Mickelson et al., 2001, citados por Buchwald & Schwarzer, 2003).

Para além das duas dimensões, activa/passiva e pró-social/anti-social, os autores consideraram uma outra dimensão do Coping, a direcionalidade, pois mesmo quando um comportamento é activo, este pode ser directo ou indirecto. Assim, desenvolveu-se um modelo de Coping multi-axial, com três eixos: um activo/passivo, outro pró-social/anti-

social, e outro directo/indirecto (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson, 1998; pp.142):



O Coping activo vs Coping passivo corresponde à dimensão individual do Coping habitualmente estudada. O Coping pró-social e anti-social assentam em factores distintos. Neste ponto de vista, as pessoas podem reagir de ambas as formas ou de nenhuma destas formas de Coping, dependendo provavelmente do objectivo que pretendem alcançar. Na prática, um indivíduo pode ser pró-social num determinado contexto (e.g. família) e anti-social noutra (e.g. adversários no local de trabalho). Este tipo de estratégias de Coping encontra-se correlacionado negativamente, e porque as estratégias são independentes podem ser consideradas como dimensões distintas. Por outro lado, os indivíduos podem modificar o seu Coping pró-social ou anti-social de modo a este ser mais ou menos directo, ajustando-se às situações em que as pessoas se encontram. Por exemplo, uma pessoa pode ser activa e pró-social, mas sê-lo indirectamente, de modo a criar oportunidades viáveis para desenvolver estratégias alternativas de resolução de problemas.

Assim, o conceito de Coping social proposto por Hobfoll e colaboradores (Dunahoo et al., 1998; Hobfoll et al., 1998) veio complementar as perspectivas tradicionais centradas numa visão individualista do Coping.

Resultados da investigação revelam que as formas de Coping passivas e anti-sociais se associam tendencialmente a piores resultados em termos adaptativos e de saúde mental do que o Coping activo e pró-social, enquanto a “eficácia” do Coping definido pela sua natureza directa versus indirecta parece ser relativa e associar-se a diferenças de género ou de natureza sócio-cultural (cultura ocidental / oriental) (Gonçalves, Marques Pinto & Lima, 2005).

Aspinwall & Taylor (1992) concluíram que os efeitos benéficos de variáveis como o optimismo, controlo, e auto-estima sobre a adaptação são mediados pela não utilização de Coping de evitamento, e pelo maior uso de Coping activo e procura de apoio social, embora sem conseguirem definir totalmente os processos pelos quais as diferenças individuais facilitam o enfrentar de situações stressantes.

Muita investigação sugere que determinadas estratégias de Coping (como estratégias de Coping activo) potenciam mais o bem-estar psicológico, e que a utilização recorrente de estratégias de Coping de evitamento pode constituir um factor de risco psicológico para respostas adversas a situações stressantes (e.g., Cronkite & Moos, 1984, Felton & Revenson, 1984, Holanhan & Moss, 1986, 1987^a, citados por Aspinwall & Taylor, 1992).

Desta forma, normalmente uma orientação Activa/Pró-social será mais eficaz, especialmente quando existe o envolvimento de terceiros, uma vez que a maioria das situações de stress são interpessoais ou as suas soluções envolvem outras pessoas.

Quanto a diferenças individuais, Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer e Johnson (1998) concluíram que na acção assertiva não se verificam diferenças de género. No entanto, quando activadas, as mulheres tendem a ser mais pró-sociais enquanto os homens tendem a ser mais anti-sociais.

De notar que o Coping pró-social activo encontra-se relacionado com um elevado nível de mestria e com um sentimento de distress baixo quando praticado, seja por mulheres ou homens.

No que diz respeito ao Coping nas idades mais avançadas, alguns autores como Brandtstadter (1989, citado por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005) defendem a existência de formas específicas de Coping usadas pelos idosos para lidarem com as dificuldades com que se confrontam. Este autor apela a um modelo de processo dual de Coping, no qual distingue dois tipos de Coping: a) Coping assimilativo (onde se tentam diminuir as perdas actuais ou antecipadas através de acções compensatórias, seja pela transformação das situações negativas em situações mais ajustadas, ou pela diminuição da discrepância entre o estado actual e o desejado) e b) Coping acomodativo (quando se adoptam objectivos com um menor nível de exigência, como forma de manter o sentido de auto-eficácia e de controlo sobre a própria vida).

Estudos realizados mostraram que o recurso ao Coping de tipo assimilativo perdura até por volta dos 70 anos, altura em que deixa de ser eficaz, passando os idosos a adoptar um estilo de Coping acomodativo que, conjuntamente com alguns recursos externos, permitirá assegurar uma melhor qualidade de vida percebida (Rothermund & Brandtstadter, 2003, citados por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Savoring

O Savoring tem sido também alvo de interesse para alguns investigadores, inserido na área da psicologia positiva, campo com raízes na eudaimonia de Aristóteles (Nelson & Cooper, 2005). Este conceito, embora não ainda sob a nomenclatura de Savoring, tem sido

descrito desde o século XVIII por diversos autores. Mas só em 1984 surgiu a primeira publicação científica sobre o tema, tendo sido definido este conceito como os «processes through which people actively derive pleasure and fulfillment in relation to positive experience» (Bryant & Veroff, 2007, pp.xiii), consistindo numa nova área de investigação da psicologia positiva (Kurtz, 2008). De facto, e tal como Rochefoucauld (1694/1930, citado em Kurtz, 2008, pp. 83) defendeu, «Happiness does not consist in things themselves but in the relish we have of them».

Os autores consideram que o Coping e o Savoring envolvem capacidades diferentes (Bryant, 1989) e definem o Savoring como o equivalente para as experiências emocionais positivas (de eutress) do Coping com as experiências emocionais negativas (de distress) (Bryant e Veroff, 2007). Ambos os processos, de Coping e de Savoring, se associam ao bem-estar (Bryant, 1989), pelo que se torna pertinente também o estudo do Savoring.

As pessoas têm pensamentos e comportamentos antes, durante e depois da ocorrência das suas experiências positivas. Estes pensamentos e comportamentos influenciam a forma como essas experiências são sentidas, do mesmo modo que os pensamentos e comportamentos em resposta ao distress influenciam os subsequentes níveis de stress e bem-estar das pessoas.

Bryant e Veroff (2007), num livro dedicado a este tema, esclarecem que «we would speak of Savoring in people were attending to how much well-being they are deriving from their accomplishments or from their social connections. We would speak of Savoring if people were attending to their pleasurable communion with nature or to their uplifting transcendence in God, taking pleasure from doing a difficult task, reflecting on the joy of watching their children grow up, or from countless other positive feelings» (pp. 3).

Um conceito intimamente ligado ao Savoring é o prazer. Quando alguém saboreia o momento, tem noção do prazer que este lhe dá e aprecia os sentimentos positivos que está a experienciar. Mas ter prazer não é sinónimo de Savoring. Para isso, será preciso haver algum grau de força mental, meta-conhecimento e meta-consciência. De facto, «Savoring involves not just the awareness of pleasure, but also a conscious attention to the experience of pleasure» (Bryant & Veroff, 2007, pp.5).

A nossa personalidade, a nossa cultura, as nossas crenças, tal como noutras áreas, influenciam fortemente a nossa capacidade de Savoring. Também as nossas preocupações em fazer o que pensamos ser as nossas obrigações, interferem com a nossa capacidade de Savoring. Não apenas as nossas obrigações sociais, mas também sempre que uma necessidade nossa não é satisfeita. Consequentemente, sentimo-nos tristes, furiosos, frustrados, oprimidos, ou não amados, tornando-se difícil surgir em nós a capacidade de Savoring. No entanto, não é impossível, e tomemos como exemplo as situações de luto, nas quais frequentemente saboreamos determinadas recordações do nosso passado com a pessoa falecida.

Por outro lado, podemos ter uma experiência de Savoring vicariante, saboreando a experiência positiva de outra pessoa que nos é querida (por exemplo os filhos, os pais, os companheiros). Ainda, apesar do Savoring só poder ser evocado no momento presente, este pode focar-se também nos momentos passados ou futuros.

Quando focamos a nossa atenção em determinada experiência, ficamos absortos. Este estado permite que estejamos receptivos a novas formas de percepção e categorização da nossa experiência sobre a qual estamos focados. No caso de uma experiência de Savoring, isso significa estarmos completamente conscientes da experiência de prazer, deleitamento, alegria, contentamento, orgulho, de entre outros pensamentos e sentimentos positivos.

Podemos por vezes adoptar uma estratégia consciente para focarmos a nossa atenção nos prazeres, mas na maioria das vezes isto acontece espontaneamente. No entanto, as pessoas têm capacidades limitadas (em termos de tempo e atenção) para saborear experiências positivas (Linville & Fisher, 1991, citados por Bryant & Veroff, 2007).

Em síntese, «besides being a mindful enjoyment and appreciation of a positive experience, Savoring also involves: (a) a sense of immediacy, of something occurring in the here and now; (b) freedom from social and esteem needs as major, motivating concerns; and (c) some focused and mindful connection to the experience, and not just the experience of hedonistic pleasure or various ego gratifications. This triad of characteristics forms the core assumptive foundation of Savoring processes» (Bryant & Veroff, 2007, pp. 13).

Por outro lado, deve ter-se em consideração as condições essenciais para compreender a intensidade dos sentimentos experienciados no Savoring: a duração da atenção dada à experiência positiva, o nível de complexidade da experiência, a dimensão do foco de atenção da pessoa na experiência enquanto a saboreia, e que ligações sociais são feitas enquanto se saboreia. Os autores propõem que, de modo geral, surgem sentimentos positivos mais intensos quando a experiência é mais duradoura, envolve maior redução de stress, é mais complexa, envolve um foco atencional mais claro e completo, e inclui mais ligações sociais.

Por outro lado, são também apontados factores que influenciam o grau de atenção de uma experiência de Savoring: a força para lidar com outras tendências, a forma como a pessoa está atenta à novidade, aberta ao esforço e atraída à incerteza, e também a orientação temporal da pessoa.

Para além disso, existem também várias diferenças de personalidade (por exemplo, a orientação temporal e uma personalidade com padrão de comportamento de tipo A), bem

como características situacionais (por exemplo experiências “bittersweetness”), que podem afectar o foco de atenção das pessoas durante as experiências de Savoring.

Para compreendermos melhor a natureza do Savoring, temos que compreender e distinguir claramente três dimensões: as experiências, os processos e as respostas ou estratégias de Savoring (Bryant & Veroff, 2007).

Assim, as experiências de Savoring são as sensações, as percepções, os pensamentos, os comportamentos e as emoções que surgem quando estamos centrados e apreciando um estímulo, resultado ou acontecimento positivo juntamente com as características situacionais ou ambientais que acompanham esse estímulo.

O processo de Savoring consiste numa sequência de operações físicas ou mentais que se revelam ao longo do tempo e transformam um estímulo positivo, resultado ou acontecimento em sentimentos positivos nos quais a pessoa posteriormente se foca e os saboreia. Os processos de Savoring envolvem noticiar e ter em atenção algo positivo, interpretando e respondendo cognitivamente ou comportamentalmente a este estímulo, experienciando consequentemente reacções emocionais positivas, concentrando-nos nesses sentimentos positivos de um modo apreciativo e eventualmente repetindo esta sequência de operações interactivamente ao longo do tempo num ciclo dinâmico e transaccional.

Tal como Lazarus e Folkman (1985, citados por Bryant & Veroff, 2007), que distinguiram entre processos de Coping e respostas ou estratégias de Coping, também Bryant e Veroff (2007) acreditam que experiências diferentes de Savoring iniciam processos diferentes de Savoring. Consequentemente, também os diferentes processos de Savoring incluem diferentes tipos de respostas de Savoring (um pensamento ou comportamento específico, no qual a pessoa se envolve como reacção a um estímulo, resultado ou evento

positivo), moderando emoções positivas diferentes, aumentando ou diminuindo a intensidade, ou prolongando ou encurtando a duração dos sentimentos positivos. Desde modo, as respostas de Savoring são componentes operacionais do processo de Savoring.

Até ao momento, não existe uma teoria que explique exactamente o que despoleta o Savoring. Há um passo essencial que transforma a atenção da pessoa em apreciação, mas o que provoca esta não é ainda claro, pelo que os autores não conseguiram ainda definir um modelo integrativo do Savoring (Kurtz, 2008).

O Savoring pode ser analisado de duas perspectivas diferentes. Por um lado, as crenças das pessoas sobre a sua própria capacidade de Savoring; por outro lado, os seus relatos sobre as formas como saboreiam as suas experiências positivas. Bryant e Veroff (2007) criaram instrumentos precisamente com o objectivo de medir o Savoring nestas duas vertentes.

Assim, ao nível das crenças, poderemos usar a escala unidimensional de 5 itens “Perceived Ability to Savor Positive Outcomes scale” (PASPO, Bryant, 1989, citado por Bryant & Veroff, 2007) e a escala de três factores, consituída por 24 itens, designada “Savoring Beliefs Inventory” (SBI, Bryant, 2003, citado por Bryant & Veroff, 2007).

No que respeita às respostas de Savoring, poderemos utilizar o “Ways of Savoring Checklist” (WOSC), um instrumento multidimensional constituído por 60 itens. Este instrumento operacionaliza o Savoring em dez tipos de respostas ou formas de Savoring distintas: partilhar com os outros, construção de memórias, auto-congratulação, intensificação sensorial-perceptiva, comparação, absorção, comportamento manifesto, consciência temporal, percepção de benefícios e pensamento desmancha-prazeres. Claro que existirão muitas outras formas de saborear momentos positivos. No entanto, os autores defendem que

estas dez dimensões de Savoring formam um conjunto suficientemente abrangente e compreensivo das respostas de Savoring a eventos positivos.

Mas estas duas perspectivas fazem surgir uma questão: Como é que as crenças de Savoring se relacionam com as respostas de Savoring? Os autores partem do pressuposto de que as pessoas que acreditam serem capazes de saborear o momento terão diferentes tipos de pensamentos e comportamentos, exibindo um padrão mais diversificado de respostas de Savoring, comparadas com as pessoas que revelam menor capacidade para o Savoring.

As dez estratégias de Savoring que constituem as dimensões do WOSC surgiram de uma pesquisa inicial de Bryant e Veroff (2007) sobre o que as pessoas relatam quando saboreiam uma experiência positiva. Existirão certamente muitas outras estratégias de Savoring que são utilizadas pelas pessoas, apesar destas nem sempre terem consciência de que as estão a utilizar. Em seguida serão apresentadas cada uma destas dez estratégias do WOSC.

Partilhar com os outros

Estratégia de Savoring paralela ao suporte social como estratégia de Coping para lidar com o stress. Mais usada por pessoas extrovertidas do que introvertidas. Pessoas tímidas ou com redes sociais pobres estão em desvantagem no recurso a esta estratégia. Para além disso, partilhar a nossa experiência com pessoas deprimidas ou incapazes de ter prazer pode também resultar em níveis baixos de prazer para o próprio.

Note-se que a pessoa com quem partilhamos não terá necessariamente estado presente no momento em que ocorreu a experiência positiva que está agora a ser saboreada.

Construção de memórias

Investigações empíricas apontam evidência para o facto de as mulheres e as pessoas de personalidade tipo B mostrarem maior tendência para utilizar esta estratégia (Bryant & Morgan, 1986, Bryant et al., 1991, citados por Bryant & Veroff, 2007).

Construir memórias neste contexto implica uma procura, identificação e destaque dos aspectos das experiências positivas que as pessoas consideram mais prazenteiras, formando uma memória mais clara e vívida que é mais facilmente evocada e partilhada posteriormente com outros.

Auto-congratulação

Trata-se de um tipo de “aquecimento cognitivo” que a pessoa usa para dar prazer a si própria e exaltar o seu orgulho e auto-satisfação em resposta a uma experiência positiva. Este tipo de Savoring tende a ocorrer mais frequentemente em resposta a ganhos e sucessos pessoais.

Apesar de a auto-congratulação ser uma actividade primariamente cognitiva, pode-se traduzir em determinadas manifestações comportamentais, como por exemplo a dança eufórica dos jogadores de futebol quando marcam um golo decisivo para o jogo.

Intensificação sensorial-perceptiva

Trata-se da intensificação do prazer através da focagem em determinado estímulo da situação e bloqueando os outros, tentando afinar os sentidos para uma concentração

esforçada. Esta estratégia de Savoring, que envolve a selectividade dos estímulos, é semelhante à operação cognitiva de abstracção selectiva.

Comparação

Esta pode ser uma estratégia positiva se criar um contraste decrescente. De facto, é o tipo de comparação que a pessoa faz que determina as reacções afectivas. Assim, se uma pessoa deseja promover a sua capacidade de Savoring usando esta estratégia, deverá ser selectiva nas comparações que faz, de modo decrescente, por contraste a comparações crescentes a nível social, temporal ou contrafactual (por exemplo, “Podia não ter sido assim tão bom”). De facto, «To compare is to think not about what one has, but rather what one does not have; thus, excessive comparison would be expected to remove one from the flow of positive affect in the moment and undermine enjoyment» (Bryant & Veroff, 2007, pp.95).

Absorção

A absorção como estratégia de Savoring envolve um evitamento deliberado da reflexão cognitiva e da associação intelectual a favor do foco no simples experienciar o evento positivo à medida que este vai ocorrendo.

Também na filosofia budista, estar absorto não envolve julgar o que se está a experienciar, mas apenas simplesmente experienciar e estar atento ao que se está a passar e ao que se está a sentir nesse momento.

Comportamento manifesto

Trata-se de uma manifestação física e exterior de sentimentos na qual é expressa uma resposta energética de prazer/contentamento exuberante, de excitação. A teoria da auto-percepção e do feedback facial suporta a noção de que expressar sentimentos positivos exteriormente pode ajudar a intensificar os mesmos.

Consciência temporal

Esta estratégia acontece quando nos recordamos a nós próprios o quanto passageiro determinado momento é, desejando que este pudesse durar para sempre, dizendo a nós mesmos que temos que o gozar agora. Ou seja, trata-se de uma reflexão consciente sobre a passagem do tempo. Esta dimensão do Savoring sugere que as pessoas não precisam de esperar por momentos “agridoces” para se consciencializarem da passagem do tempo, mas podem antes recordar-se a si próprios de modo deliberado que as suas experiências positivas são transitórias e dignas de saborear no aqui e agora.

Percepção de benefícios

Esta estratégia consiste em pensarmos quão afortunados somos naquele determinado momento. Nesta dimensão do Savoring, a pessoa sente-se grata por algo específico, podendo identificar ou não a fonte desta “bênção” e ligar associar a sua gratidão a essa mesma fonte.

Pensamento desmancha-prazeres

Trata-se de uma dimensão negativa do Savoring que ocorre quando nós, perante uma situação que nos poderia dar bem-estar, nos lembramos de outros sítios onde devíamos estar e de outras coisas que devíamos fazer, pensando em alguma forma deste evento positivo ter ocorrido noutro momento. Esta dimensão funciona como um inibidor da capacidade de saborear a experiência em causa. De acordo com as diferenças culturais, verificou-se que as culturas orientais usam intencionalmente esta estratégia para se conformarem com os costumes sociais ou crenças sobre as consequências inevitáveis e negativas dos eventos positivos em causa (Lindberg, 2004, citado por Bryant & Veroff, 2007), ou ainda por considerarem que não merecem tal evento positivo (Parrott, 1993, citado em Kurtz, 2008), entre outros motivos.

Em investigações realizadas com os instrumentos referidos (Bryant & Veroff, 2007), foi possível obter suporte empírico para as seguintes relações entre variáveis do processo de savoring:

- a) Quanto mais responsável de modo pessoal a pessoa se sente por determinado evento positivo, mais recorre à estratégia de auto-congratulação;
- b) Quanto mais as pessoas acreditam que os outros são responsáveis pelo evento positivo, mais tendem a partilhar com os outros e a mostrar comportamento manifesto;
- c) Quanto mais raro o evento positivo é percebido, mais as pessoas recorrem à construção de memórias e à consciência temporal;
- d) Quanto mais tempo dura o evento positivo, mais as pessoas referem utilizar a absorção e a intensificação sensorial-perceptiva;
- e) Quanto mais desejado for o evento e as pessoas referirem que o procuravam no passado, mais referem a percepção de benefícios.

Os resultados dos estudos destes autores apontam também para diferenças na forma de Savoring segundo o género. De facto, as mulheres tendem a partilhar os seus pensamentos positivos com outros, expressam os seus sentimentos em termos de comportamento físico não verbal, reflectem sobre a sua boa sorte e evitam pensamentos negativos que minem a capacidade de Savoring, contrariamente aos homens. Estas diferenças de sexo surgem desde o 5º ano escolar (Cafasso, Bryant & Jose, 1994, citados por Bryant & Veroff, 2007) e persistem até pelo menos os 65 anos (Bryant, 2003, citado por Bryant & Veroff, 2007).

Numa perspectiva desenvolvimental, os autores defendem que as crianças não têm ainda desenvolvidas as capacidades necessárias para estarem atentas e saborear a experiência positiva de modo retrospectivo ou prospectivo até à 2ª infância ou pré-adolescência. Ainda assim, resultados de estudos efectuados sobre este tema (Cafasso, 1994, Cafasso et al., 1994, citados por Bryant & Veroff, 2007) demonstraram que os pré-adolescentes não têm ainda bem desenvolvida a capacidade de saborear nos três momentos temporais (passado, presente, futuro). Já na adolescência é explicado pelo natural desenvolvimento do pensamento abstracto e das operações cognitivas formais nesta etapa de vida, verifica-se um aumento muito significativo da capacidade de Savoring. No entanto, resultados de estudos realizados por Bryant (2003, citado por Bryant & Veroff, 2007) sobre Savoring em adultos mais velhos revelam que estes reportam uma maior capacidade de saborear experiências positivas do que estudantes universitários, seja em relação ao passado, ao presente ou ao futuro.

De facto, a capacidade de Savoring encontra-se plenamente desenvolvida nesta fase da vida. No entanto, as pessoas geralmente não têm ou não procuram ter tempo para o fazer. «Only when people are older and step away from many life responsibilities can they reconsider Savoring as they did when they were adolescents» (Bryant & Veroff, 2007, pp.173).

Na idade adulta verifica-se que tornar-se maduro, idoso, envolve frequentemente o regresso de preocupações relacionadas com o prazer, numa perspectiva de vida tipicamente com menos responsabilidades e obrigações. Nesta altura, as pessoas têm a oportunidade e o tempo necessários para desenvolver sabedoria balanceando as auto-gratificações e as responsabilidades sociais manifestas nos valores e incentivos pessoais. Consequentemente se depreende que o conceito de tempo se encontra intrinsecamente relacionado com o Savoring.

Nos últimos anos de vida, as pessoas tendem a reflectir sobre as dificuldades que enfrentaram nas suas vidas, bem como os prazeres que aproveitaram. É talvez esta reflexão, este pesar na balança que coloca a possibilidade de saborear sob uma nova perspectiva e prioridade.

De facto, o desejo de todos nós em virmos a ser idosos com consciência do significado e da riqueza da vida assenta precisamente em aproveitarmos os últimos anos em coisas que nos dêem prazer e bem-estar, incluindo as vivências do dia-a-dia.

A sabedoria enquanto força está presente na velhice também noutros aspectos, como ter uma certa tolerância na avaliação feita sobre o que é importante, desenvolver um estilo de raciocínio directo, ter uma aceitação mais pacífica das dificuldades da vida e uma visão mais relativa das vivências.

Para além de todas as facetas de sabedoria na velhice já estudadas, Bryant e Veroff (2007) defendem que existe também a capacidade de saborear o que é bom na vida e no ser-se humano, não apenas de forma individual mas com os outros.

Embora a capacidade de Savoring seja diferente de pessoa para pessoa, é uma capacidade que pode ser desenvolvida com vista à promoção do bem-estar, tal como já foi verificado no Coping.

As pessoas podem aprender estratégias específicas que lhes permitam saborear experiências positivas e que lhes dêem um sentido de controlo sobre os sentimentos positivos (Bryant, 1989). Poderão ainda aprender aquelas estratégias de Savoring que são contraproducentes para elas (Kurtz, 2008), fazendo assim um evitamento consciente desses pensamentos ou comportamentos disruptivos (por exemplo, não fazer comparações entre o seu nível de prazer e o dos outros participantes da experiência) (Bryant, 1989, citado por Bryant e Veroff, 2007).

Os autores consideram a existência de seis factores que promovem tanto o Savoring como o Coping nas pessoas: o suporte social, escrever sobre as experiências de vida, realizar um contraste hedónico decrescente, cultivar o humor positivo, a espiritualidade e a religião, e estar atento ao quão transitórias são as nossas experiências. Podem mesmo ser trabalhadas estratégias específicas para promover a capacidade de Savoring, tais como libertarmo-nos das preocupações pessoais e sociais através da meditação pela concentração, ou determinar períodos de tempo do nosso dia-a-dia exclusivamente para saborear.

Em suma, «...we considered the vital role of virtue and wisdom in guiding people's choices in Savoring so as to avoid narcissistic hedonism and facilitate growth toward eudaimonia, or the "life of purpose"» (Bryant & Veroff, 2007, pp.215).

PARTE II:

METODOLOGIA

A segunda parte deste trabalho apresenta as questões relativas à metodologia utilizada, diferenciando os dois estudos que integram esta investigação. Será assim abordado o capítulo 4, relativo à Apresentação do Estudo.

CAPÍTULO 4 – Apresentação do Estudo

Objectivos, Problema e Questões de Investigação

O objectivo geral desta investigação consiste no estudo do Bem-estar Académico dos alunos das UTI's, mais concretamente dos seus padrões de Burnout e de Engagement.

As possíveis diferenças que existam no padrão de Burnout e Engagement da amostra em função dos dados sócio-demográficos é outro aspecto alvo deste estudo.

Para além disso, pretende-se comparar os níveis de Bem-estar Académico – Burnout e Engagement – entre alunos das UTI's e alunos universitários do ensino formal (comparação com valores obtidos em estudos anteriores realizados com os mesmos instrumentos em Portugal).

Pretende-se ainda explorar variáveis, em particular as estratégias de Coping e de Savoring, que se associam ao Bem-estar Académico destes alunos.

Finalmente, pretende-se estudar as qualidades psicométricas do MBI-SS e do SEI na população adulta, especificamente em estudantes das Universidades da 3ª Idade (UTI's).

Problema

O problema sobre o qual assenta a presente investigação refere-se ao “Estudo do Bem-estar Académico dos estudantes das UTI's”.

Questões

Foram colocadas as seguintes questões de investigação:

“Será que o MBI-SS e o SEI apresentam boas qualidades psicométricas quando utilizados numa amostra de alunos das UTI’s?”

“Existirão diferenças no padrão de Burnout e Engagement dos alunos das UTI’s em função de variáveis sócio-demográficas?”

“Será que os alunos das UTI’s manifestam um nível de Burnout e Engagement académicos semelhante aos alunos das universidades formais?”

“Quais as variáveis, designadamente estratégias de Coping e de Savoring, que se associam ao Bem-estar Académico dos alunos das UTI’s?”

Estudos

Estudo Quantitativo

Com este estudo pretende-se obter dados que permitam responder às três primeiras questões colocadas.

Apesar de a amostra abranger UTI’s de várias regiões do país, esta foi obtida por conveniência (e.g. acessibilidade, número elevado de alunos inscritos pela primeira vez), não sendo por isso os resultados obtidos generalizáveis para a população geral.

Os questionários foram apresentados aos alunos das UTI’s contactadas, tendo sido administrados a alguns alunos durante as actividades lectivas das UTI’s, e a outros entregues

para serem preenchidos em casa. Posteriormente foram recolhidos e inseridas as respostas numa base de dados do programa estatístico SPSS, de forma a poderem ser analisados estatisticamente.

Estudo Qualitativo

Complementarmente realizou-se um conjunto de estudos de caso, assentando por isso numa metodologia qualitativa, de carácter exploratório e interpretativo de variáveis, designadamente de Coping e Savoring, que poderão contribuir para o Bem-estar Académico dos alunos das UTI's.

Assim, foi pedido a alguns alunos que colaborassem nesta investigação realizando um registo semanal das experiências de distress e de eustress que vivenciaram ao longo de um período temporal (todo o mês de Abril de 2008), explicitando as estratégias adoptadas para lidar com as experiências de distress (Coping), bem como para manter ou generalizar as experiências de eustress (Savoring).

Método

Participantes

Participam neste estudo 132 membros das UTI's que se inscreveram pela primeira vez no ano lectivo de 2007/2008, de cerca de 13 UTI's portuguesas, nomeadamente as UTI's de Abrantes, Benfica, Constância, Covilhã, Entroncamento, Fundão, Golegã, Oeiras, Portalegre, Queluz, Santarém, Torres Novas e Tramagal.

Tal como se verifica no quadro 1, a amostra tem **idades** compreendidas entre os 34 e os 82 anos ($M = 64,51$; $DP = 7,98$), situando-se a maioria da amostra (82,4%) entre os 55 e os 75 anos. Relativamente ao **sexo**, a amostra é maioritariamente feminina (62,1% mulheres e 39,7% homens).

No que respeita às **habilitações académicas** dos respondentes, apenas 0,8% possuem o 2º ano, enquanto 29,7% dos sujeitos possui uma formação académica superior. Cerca de 78,1% dos respondentes têm habilitações académicas iguais ou superiores ao 9º ano de escolaridade.

Sobre a **situação profissional** da amostra, verifica-se que 86,3% dos sujeitos se encontram reformados, 7,6% destes desempregados, 3,8% no activo e apenas 2,3% no activo a tempo parcial.

Quanto à última profissão que desempenharam, enquadra-se nos Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas cerca de 36,8% da amostra, sendo menos frequentes aquelas que se enquadram no Pessoal Administrativo e Similares (1,5%). Daqueles que se encontram ainda no activo, verifica-se uma igual frequência de Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, Pessoal dos Serviços e Vendedores, e Trabalhadores Não Qualificados (25% cada).

Relativamente ao **envolvimento em outras actividades** que não as relacionadas com a frequência na UTI, 53% da amostra respondeu negativamente. Dos que mencionaram estar envolvidos noutras actividades, 66,1% são actividades de tempos livres, com uma menor incidência noutras actividades, tais como as religiosas (19,4%) e de apoio a outros (11,3%).

No que respeita ao **estado civil**, 62,9% da amostra encontra-se casada, sendo que 16,7% dos sujeitos estão viúvos, 12,9% encontram-se separados ou divorciados, e 7,6% são solteiros.

Relativamente ao **agregado familiar**, 47,3% dos respondentes referiu viver com o cônjuge. Cerca de 27,1% destes vivem sozinhos, enquanto 17,8% vivem com o cônjuge e os filhos. Apenas 3,9% dos respondentes referiram viver apenas com os filhos.

A **frequência de convívio com os familiares** é em 53,1% dos casos diária. Apenas 13,8% dos respondentes referiram conviver mensalmente com os seus familiares.

No que respeita à **existência de doença crónica**, cerca de 59,1% da amostra respondeu negativamente. Dos sujeitos que responderam positivamente, 96,2% mencionaram padecer de doença de natureza física.

Quadro nº1

Dados sócio-demográficos

	<i>N = 132 (100%)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Idade		64,51	7,98	
Entre os 34 e os 54 anos	8,4%			
Entre os 55 e os 75 anos	82,4%			
Entre os 76 e os 82 anos	9,2%			
Sexo <i>H</i>	39,7%			
<i>M</i>	62,1%			
Habilitações académicas <i>1º Ciclo</i>	16,4%			
<i>2º Ciclo</i>	21,9%			
<i>3º Ciclo</i>	32%			
<i>Frequência universitária</i>	29,7%			
Situação profissional				
<i>Activo</i>	3,8%			
<i>Activo a tempo parcial</i>	2,3%			
<i>Desempregado</i>	7,6%			
<i>Reformado</i>	86,3%			
<i>Última profissão desempenhada / Profissão actual</i>				
<i>Quadros superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa</i>	4,4% / -			
<i>Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas</i>	36,8% / 25,0%			
<i>Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio</i>	17,6% / -			
<i>Pessoal Administrativo e Similares</i>	1,5% / 12,5%			
<i>Pessoal dos Serviços e Vendedores</i>	7,4% / 25,0%			
<i>Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas</i>	- / -			
<i>Operários, Artífices e Trabalhadores Similares</i>	8,8% / -			
<i>Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem</i>	11,8% / 12,5%			
<i>Trabalhadores Não Qualificados</i>	11,8% / 25,0%			
Outras actividades <i>Religiosas</i>	19,4%			
<i>Apoio</i>	11,3%			
<i>Tempos livres</i>	66,1%			
<i>Outras</i>	3,2%			
Estado civil <i>Solteiro</i>	7,6%			
<i>Casado</i>	62,9%			
<i>Separado/Divorciado</i>	12,9%			
<i>Viúvo</i>	16,7%			
Agregado familiar <i>Sozinho</i>	27,1%			
<i>Conjuge</i>	47,3%			
<i>Conjuge e filhos</i>	17,8%			
<i>Filhos</i>	3,9%			
<i>Outros</i>	3,9%			
Convívio com os familiares <i>Mensal</i>	13,8%			
<i>Semanal</i>	33,1%			
<i>Diário</i>	53,1%			
Existência de doença crónica	40,9%			
<i>Física</i>	96,2%			
<i>Psíquica</i>	3,8%			

Nota: as percentagens apresentadas foram calculadas com base no *n* relativo aos sujeitos respondentes em cada questão

Não foram encontradas diferenças significativas entre sexos quanto à idade, habilitações académicas, situação profissional, realização de outras actividades, frequência de convívio com os familiares e existência de doença crónica.

No entanto, a distribuição da amostra por estado civil não é igual entre os dois sexos ($\chi^2 = 15,383$, $df=1$, $p<0,001$); enquanto a amostra das mulheres se distribui igualmente entre as casadas (50%) e as solteiras, separadas, divorciadas e/ou viúvas (50%), o mesmo não acontece com a amostra dos homens, onde apenas 16% destes são solteiros, separados, divorciados e/ou viúvos:

Quadro nº 2

Distribuição da amostra por sexos segundo o estado civil

	Casados	Solteiros, separados, divorciados e/ou viúvos
Homens	84%	16%
Mulheres	50%	50%

$\chi^2 = 15,383$, $df=1$, $p<0,001$

Por outro lado, também a distribuição da amostra por agregado familiar não é igual entre os sexos ($\chi^2=14,822$, $df=2$, $p<0,005$): cerca de 47,5% das mulheres vivem sozinhas,

com os filhos ou outras pessoas, enquanto apenas 14, 3% dos homens se encontram nesta situação:

Quadro nº 3

Distribuição da amostra por sexos segundo o agregado familiar

	Conjuge	Conjuge e filhos	Sozinho/filhos ou outros
Homens	63,3%	22,4%	14,3%
Mulheres	37,5%	15,0%	47,5%

$\chi^2=14,822$, $df=2$, $p<0,005$

Instrumentos

Burnout. O Burnout foi medido através de uma adaptação de Marques Pinto do Maslach Burnout Inventory – Student Survey (MBI-SS) de Martinez, Marques Pinto, Salanova e Lopes da Silva (2002) (Anexo 2). Este instrumento é constituído por 16 itens que compõem três escalas (Exaustão Emocional, Cinismo e Eficácia) e incluem questões como “Sinto-me emocionalmente esgotado(a) por fazer este curso” (Exaustão), “Tornei-me mais reticente em relação à utilidade dos meus estudos” (Cinismo) e “Sou capaz de resolver eficazmente os problemas que surgem relacionados com os meus estudos” (Eficácia). Os itens são avaliados numa escala tipo Lickert de 7 pontos, desde 0 (“Nenhuma vez”) a 6 (“Todos os dias”). O resultado de cada escala é dado pelo somatório das respostas aos itens correspondentes, depois de convertidas as respostas dos itens colocados inversamente. Este instrumento apresentou em estudos anteriores boas qualidades psicométricas, confirmando-se a estrutura tri-factorial para a população portuguesa de estudantes universitários, com alfas de

Cronbach de .79 para a escala Exaustão Emocional, .81 para a escala Cinismo e .73 para a escala Eficácia (Martinez et al., 2002).

Engagement. O Engagement foi medido através de uma adaptação do Student Engagement Inventory (SEI) para a população estudante, de Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova e Bakker (2002a) (Anexo 2). Trata-se de um instrumento constituído por 17 itens que compõem três dimensões (Vigor, Dedicção e Absorção) e incluem questões como “Quando me levanto de manhã apetece-me ir para as aulas ou estudar” (Vigor), “O meu curso é desafiante para mim” (Dedicção) e “Sinto-me feliz quando estou a fazer tarefas relacionadas com os meus estudos” (Absorção). Os itens são avaliados numa escala tipo Lickert de 7 pontos, desde 0 (“Nenhuma vez”) a 6 (“Todos os dias”). O resultado de cada escala é dado pelo somatório das respostas aos itens correspondentes. Este instrumento apresentou em estudos anteriores, designadamente com estudantes universitários portugueses, boas qualidades psicométricas, confirmando-se a sua estrutura tri-factorial (Schaufeli et al., 2002a), com alfas de Cronbach de .78 para a dimensão Vigor, .84 para a dimensão Dedicção e .73 para a dimensão Absorção (Schaufeli et al, 2002b).

Questionário sócio-demográfico (Anexo 2). O protocolo incluiu ainda algumas questões que procuraram descrever a amostra em termos das seguintes variáveis sócio-demográficas, consideradas relevantes para caracterização da população de idosos: sexo, idade, habilitações académicas, situação profissional, outras actividades em que esteja envolvido(a), estado civil, agregado familiar, frequência de convívio com os familiares e existência de doença crónica.

Registo de experiências positivas e negativas (Anexo 3). Para a parte qualitativa deste estudo, construiu-se um registo de experiências positivas e negativas, onde foi pedido aos participantes que durante o mês de Abril de 2008, no final de cada semana, registassem as situações positivas e negativas que viveram ao longo dessa semana, relacionadas com a sua frequência na Universidade da 3ª Idade / Academia Sénior, indicando a data em que ocorreram, descrevendo resumidamente a situação, identificando-a como experiência positiva ou negativa (de acordo com uma explicação apresentada no cabeçalho das folhas de registo), e explicando como lidou com a situação.

Foram dados dois exemplos do que poderiam ser experiências positivas e negativas na vida de um aluno da Universidade da 3ª Idade / Academia Sénior e da forma de registo que era pedida aos sujeitos.

Procedimento

Em Outubro de 2007 foram iniciados contactos com a Rede Nacional das Universidades da 3ª Idade (RUTIS), e em Novembro foram feitos os pedidos de colaboração junto das UTI's, através do envio de uma carta a formalizar os mesmos, e de telefonemas posteriores.

Todas as UTI's contactadas foram visitadas (à excepção das UTI's de Constância e Queluz). Aquando destas visitas foi realizada uma entrevista breve aos dirigentes, de modo a obter dados que permitissem a realização de uma caracterização geral destas instituições. Nas UTI's que não foram visitadas, as questões da entrevista foram enviadas num guião juntamente com os questionários, através dos CTT (UTI Constância) e de um dos professores (UTI de Queluz).

Os instrumentos foram auto-aplicados de forma anónima, colectiva e individualmente, a uma amostra composta por membros de UTI's portuguesas. Em algumas UTI's os questionários foram administrados durante as actividades lectivas, noutros foram explorados com os alunos e entregues para serem preenchidos em casa. Para melhor comodidade no preenchimento dos instrumentos, foi criado um único questionário para esta investigação onde se apresentaram os itens do MBI e do SEI alternados, e onde se incluiu também um questionário sócio-demográfico (Anexo 2). O tempo necessário para responder ao questionário rondou os 30 minutos.

A administração dos questionários decorreu entre Outubro de 2007 e Março de 2008.

Foi criada também uma base de dados no programa estatístico SPSS (15ª versão), onde foram inseridos os dados para posterior análise.

As profissões enunciadas pelos sujeitos foram classificadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões, versão 1 (1994).

Para a parte qualitativa deste estudo, foi criado o registo de experiências positivas e negativas atrás descrito, que foi entregue por correio aos sujeitos que se disponibilizaram para o preencher. Dos 57 registos enviados, foram devolvidos 17, e destes rejeitados 3 por não se encontrarem devidamente preenchidos. O conteúdo das respostas foi analisado dedutivamente de acordo com um sistema de categorias definido *à priori* contemplando as dimensões fundamentais de estratégias de Coping e de Savoring.

PARTE III:

RESULTADOS

A terceira parte deste trabalho compreende os capítulos 5 e 6, dedicados à análise e discussão dos resultados obtidos. Assim, são abordados o problema e as questões de investigação, à luz da fundamentação teórica efectuada.

Capítulo 5 – Análise dos Resultados

Estudo Quantitativo

Estudo das qualidades psicométricas dos instrumentos

Dado que não se conhecem outros estudos realizados com o MBI-SS e o SEI nesta população, efectuaram-se vários testes estatísticos aos itens e dimensões avaliadas com estes instrumentos, no sentido de se estudarem as suas qualidades psicométricas.

Estrutura factorial do MBI-SS

Com o objectivo de verificar se os diferentes itens das dimensões de Burnout se encontravam inseridos nas dimensões esperadas, foi realizada uma análise factorial em componentes principais, que resultou na agregação dos itens em quatro factores, responsáveis por 60,08% da variância dos dados. A rotação Varimax, que convergiu em 7 iterações, permitiu identificar os itens correspondentes a cada um dos 4 factores, arranjo que não vai ao encontro do esperado empiricamente nem é conceptualmente interpretável:

Quadro nº 4

Distribuição dos itens do MBI-SS

(segundo análise factorial resultante em 4 factores)

Itens do MBI-SS ^a (de acordo com a numeração dada no questionário criado para este estudo)	Factor 1 Exaustão	Factor 2 Eficácia	Factor 3 ?	Factor 4 Cinismo
1	.778	.159	-.231	.134
23	.749	.007	.255	-.235
25	.679	.014	.504	.060
21	.617	.117	.292	.175
3	.582	.024	-.032	.449
9	-.106	.771	.194	-.039
7	.122	.765	.116	.085
13	.219	.681	.104	-.219
11	-.091	.628	.442	.006
15	-.105	-.533	.258	-.164
29	.271	.033	.811	.148
19	.026	.296	.677	.072
31	.156	.467	.474	.235
17	.159	.016	.249	.732
5	-.105	.006	-.069	.692
27	.367	.031	.351	.658

^a Resultados de uma análise factorial resultante em 4 factores (Método: Principal Component Analysis;

Rotação: Varimax), Variância explicada = 60,08%, KMO = .736

Forçando então a dita análise aos três factores esperados empiricamente, verificou-se que estes são responsáveis por 51,81% da variância dos dados. A rotação Varimax, que convergiu em 3 iterações, permitiu identificar os itens correspondentes a cada subescala:

Quadro nº5

Distribuição dos itens do MBI-SS

(segundo análise factorial forçada a 3 factores)

Itens do MBI-SS ^a (de acordo com a numeração dada no questionário criado para este estudo)			
	Exaustão	Cinismo	Eficácia
1	.683	-.008	-.016
3	.537	.378	-.052
21	.657	.214	.178
23	.796	-.177	.071
25	.779	.184	.175
5	-.145	.631	-.047
17	.187	.757	.077
27	.415	.709	.121
7	.111	.026	.727
9	-.085	-.053	.787
11	-.005	.084	.760
13	.218	-.259	.653
19	.178	.254	.548
31	.240	.315	.601
15	-.009	-.005	-.356
29	.457	.385	.347

^a Resultados de uma análise factorial forçada a 3 factores (Método: Principal Component Analysis;

Rotação: Varimax), Variância explicada = 51,81%, KMO = .736

Foram seleccionados os itens que apresentaram uma correlação à dimensão esperada superior a .50, e que não pontuaram mais de .35 noutra dimensão. Assim, para a dimensão Eficácia seleccionámos os itens 7, 9, 11, 13, 19 e 31; para a dimensão Exaustão seleccionámos os itens 1, 3, 21, 23 e 25, e para a dimensão Cinismo seleccionámos os itens 5, 17 e 27. Exceptuando os dois itens que foram excluídos da dimensão Cinismo (15 e 29), esta distribuição vai ao encontro do esperado teoricamente. De ressaltar que o item 15 já havia sido excluído em outros estudos (Schaufeli et al., 2002a) precisamente por não se encontrar bem correlacionado com nenhuma das dimensões.

Verificamos que os alfas destas dimensões com os respectivos itens seleccionados são: Eficácia $\alpha = .80$, Exaustão $\alpha = .75$, Cinismo $\alpha = .60$:

Quadro nº 6

Dados relativos à consistência interna do MBI-SS

Fiabilidade das dimensões		Alfa	Correlação inter-itens			Correlação item-teste	
			Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
	Exaustão	.75	.28	.60	.41	.44	.66
	Cinismo	.60	.24	.50	.35	.32	.48
	Eficácia	.80	.11	.56	.40	.45	.64

Estatística descritiva das dimensões	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Exaustão	132	0.71	0.20	1.06	0	4.5
Cinismo	129	1.25	0.67	1.50	0	6
Eficácia	129	4.66	4.83	1.01	1.5	6

Estrutura factorial do SEI

Tal como no estudo das propriedades psicométricas do MBI-SS, foi realizada uma análise factorial em componentes principais aos itens constituintes do SEI, obtendo-se uma solução em 4 factores, responsável por 61,09% da variância. A rotação Varimax, que convergiu em 7 iterações, permitiu identificar os itens correspondentes a cada um dos 4 factores encontrados.

Quadro nº 7

Resultado da análise factorial realizada aos itens do SEI

Itens do SEI^a (de acordo com a numeração dada no questionário criado para este estudo)	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
26	.742	.143	.101	.080
18	.720	.312	.075	.091
22	.647	-.014	.474	.025
24	.597	.254	.392	.190
12	.123	.795	.194	.032
8	.347	.650	.297	.190
10	.464	.623	.122	.189
14	.267	.554	.468	.252
33	.042	.508	-.040	.384
2	.442	.451	.268	.081
30	.278	.076	.788	.181
28	.480	.172	.718	.085
16	.010	.400	.658	.034
20	.066	.082	.051	.855
4	.426	.068	.066	.545
23	-.092	.306	.366	.537
6	.378	.314	.209	.451

^a Resultados de uma análise factorial resultante em 4 factores (Método: Principal Component Analysis;

Rotação: Varimax), Variância explicada = 61,09%, KMO = .860

Este arranjo não corresponde ao esperado nem é conceptualmente interpretável, pelo que se fez nova análise, desta feita forçada a 3 factores como esperado teoricamente.

Verifica-se então que estes 3 factores explicam 56% da variância. A rotação Varimax, que convergiu novamente em 9 iterações permitiu identificar os itens correspondentes aos 3 factores forçados:

Quadro nº 8

Resultado da análise factorial realizada aos itens do SEI forçada a 3 factores

Itens do SEI^a (de acordo com a numeração dada no questionário criado para este estudo)	Factor 1	Factor 2	Factor 3
22	.747	.244	-.064
26	.732	.056	.156
18	.691	.150	.242
24	.664	.353	.210
28	.638	.564	-.010
2	.463	.424	.222
10	.438	.418	.428
16	.151	.742	.026
14	.346	.648	.347
12	.109	.646	.323
8	.369	.580	.387
30	.474	.573	-.001
20	.103	.007	.764
33	.006	.266	.561
4	.442	-.015	.512
6	.411	.267	.494
32	.004	.436	.490

^a Resultados de uma análise factorial forçada a 3 factores (Método: Principal Component Analysis;

Rotação: Varimax), Variância explicada = 56%, KMO = .860

Mas os itens mais uma vez não se encontram agregados como esperado nem são conceptualmente interpretáveis. Tendo em conta que alguns autores, tais como Sonnentag (2003) e Hallberg e Schaufeli (2006) encontraram uma solução a um factor, optámos assim por efectuar nova análise, desta feita forçada a um factor, mostrando-se este responsável por 40,12% da variância. Seleccionando os itens com um valor de correlação item-dimensão igual ou superior a 0,5 foram apenas excluídos os itens 20, 32 e 33:

Quadro nº 9

Resultado da análise factorial realizada aos itens do SEI forçada a 1 factor

Itens do SEI (de acordo com a numeração dada no questionário criado para este estudo)	Dimensão global de Engagement
2	.662
4	.503
6	.649
8	.767
10	.731
12	.608
14	.777
16	.567
18	.653
20	.403
22	.615
24	.746
26	.585
28	.764
30	.664
32	.482
33	.409

^a Resultados de uma análise factorial forçada a 1 factor (Método: Principal Component Analysis;
Rotação: Varimax), Variância explicada = 40,12%, KMO = .860

O valor de alfa de Cronbach da dimensão global de Engagement encontrada foi de .90, o que aponta para uma boa consistência interna:

Quadro nº 10

Dados relativos à consistência interna do SEI

Fiabilidade da dimensão		Alfa	Correlação inter-items			<i>Correlação item- teste</i>	
			Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Engagement global		.90	.19	.67	.40	.42	.71
Estatística da dimensão	descritiva	N	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo
Engagement global		132	4.69	5.00	1.09	0.86	6

Estatística descritiva, diferencial e correlacional

Para verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas no padrão de Burnout e Engagement da amostra em função dos dados sócio-demográficos, foram utilizados variados testes estatísticos, de acordo com a natureza das variáveis em causa:

Variável	Teste estatístico utilizado
Sexo	Teste t para amostras independentes
Idade	One-Way ANOVA
Habilitações Académicas	One-Way ANOVA + Post hoc test = Tukey
Situação profissional	One-Way ANOVA
Realização ou não de outras actividades	Teste t para amostras independentes
Outras actividades	One-Way ANOVA
Estado civil	One-Way ANOVA
Agregado familiar	One-Way ANOVA
Convívio com os familiares	One-Way ANOVA
Existência de doença crónica	Teste t para amostras independentes
Tipo de doença crónica	Teste t para amostras independentes

Padrão de Burnout na amostra

Quanto ao Burnout, verifica-se que nas dimensões Exaustão Emocional (M=0.71, DP=1.06) e Cinismo (M=1.25, DP=1.50) esta amostra apresenta valores baixos, quando

comparados com a escala de resposta, enquanto na dimensão Eficácia ($M=4.66$, $DP=1.01$) apresenta valores elevados, tal como se verifica no Quadro nº 6 exposto anteriormente.

Os testes de diferenças estatísticas entre médias realizados (t' student e ANOVA) não revelaram diferenças estatisticamente significativas no Burnout em função do sexo, idade, situação profissional, realização ou não de outras actividades, bem como do tipo de actividades realizadas, estado civil, constituição do agregado familiar, frequência de convívio com os familiares e tipo de doença crónica.

No entanto, constatarem-se diferenças estatisticamente significativas no padrão de exaustão da amostra em função das suas habilitações académicas ($F(3, 124)=3,223$; $p<0,05$):

Quadro nº 11

Análise de variância do padrão de Exaustão em função das habilitações académicas da amostra

Fonte de variação	Soma dos quadrados	g.l.	Média dos quadrados	F
Entre grupos	10,561	3	3,530	3,223*
Dentro dos grupos	135,424	124	1,092	
Total	145,985	127		

$p < 0,05$

Assim, o grupo dos sujeitos com habilitações académicas ao nível do 2º ciclo apresenta níveis de exaustão mais elevados ($M=1.25$) do que o grupo dos sujeitos com habilitações académicas ao nível do 1º ($M=0.49$) e 3º ciclos ($M=0.52$):

Quadro nº 12**Média e desvio padrão da dimensão Exaustão nos níveis de habilitações académicas**

Nível de Habilitações Académicas	Média	Desvio Padrão
1º ciclo	0.49 ^a	0.97
2º ciclo	1.25 ^b	1.45
3º ciclo	0.52 ^a	0.78
Universitário	0.69	0.98

a b – médias com letras desiguais são significativamente diferentes para $p < 0,05$, de acordo com o teste post-hoc HSD de Tukey

Por outro lado, verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas no padrão de eficácia em função da existência de doença crónica ($t=2,513$, $N=127$; $p < 0,05$): os sujeitos com doença crónica apresentam um padrão médio de eficácia inferior ($M=4.40$) aos sujeitos sem doença crónica ($M=4.84$):

Quadro nº 13**Médias e desvios padrões da dimensão Eficácia em função da existência ou não de doença crónica**

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Inexistência de doença crónica	4.84	0.99
Existência de doença crónica	4.40	1.00

$P < 0.05$

Relacionando as três dimensões de Burnout entre si através da utilização do teste de correlação de Pearson, observou-se uma associação positiva baixa entre o Cinismo e a Exaustão: quanto maior o nível de Cinismo, maior o sentimento de Exaustão ($r = 0,422$, $N = 129$; $p < .001$):

Quadro nº 14

Correlação entre as dimensões de Burnout e a dimensão global de Engagement

Dimensões	Exaustão	Cinismo	Eficácia	Engagement
Exaustão	--			
Cinismo	.422*	--		
Eficácia	-.163	-.108	--	
Engagement	-.334*	-.056	.796*	--

* $p < 0.001$

Padrão de Engagement na amostra

A média do padrão global de Engagement na amostra foi de $M=4.69$, valor que se situa acima do ponto médio da escala de resposta, tal como se verifica no Quadro nº 10 anteriormente apresentado.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no padrão de Engagement da amostra em função do sexo, idade, habilitações académicas, situação profissional, realização ou não de outras actividades, bem como do tipo de actividades realizadas, estado

civil, constituição do agregado familiar, frequência de convívio com os familiares, existência ou não de doença crónica e tipo de doença crónica.

Relação entre o padrão de Burnout e o padrão de Engagement da amostra

Através da realização do teste de correlação de Pearson, verificou-se uma associação negativa baixa entre a dimensão Exaustão do Burnout e a dimensão global de Engagement ($r = -0,334$, $N = 132$; $p < 0,001$) e uma associação alta, positiva, entre a dimensão global de Engagement e a dimensão Eficácia do Burnout ($r = 0,796$, $N = 129$; $p < .001$), tal como se verifica no Quadro nº 14 atrás explorado.

Comparação de médias no MBI entre os alunos das UTI's e alunos universitários

Tomando por referência os valores médios de Burnout obtidos num estudo anterior realizado por Martinez, Marques Pinto, Salanova e Silva (2002), e comparando-os com os valores médios de Burnout obtidos na amostra de alunos das UTI's, podemos inferir que o nível médio de Exaustão da amostra de estudantes universitários é maior que o da amostra de alunos das UTI's (M estudantes universitários = 2.46, $DP = 1.02$; M alunos UTI's = 0.71, $DP = 1.06$). Por outro lado, o nível médio de Eficácia é maior na amostra de alunos das UTI's que na amostra de estudantes universitários (M estudantes universitários = 3.77, $DP = 0.74$; M alunos UTI's = 4.66, $DP = 1.01$). Já os níveis médios de Cinismo parecem não diferir muito entre as amostras, uma vez que os valores médios encontrados são próximos (M estudantes universitários = 1.41, $DP = 1.11$; M alunos UTI's = 1.25, $DP = 1.50$).

Quadro nº 15**Médias e desvios padrões de Burnout nas diferentes amostras de estudantes**

	Média		Desvio Padrão	
	Estudantes universitários	Alunos das UTI's	Estudantes universitários	Alunos das UTI's
Exaustão	2.46	0.71	1.02	1.06
Cinismo	1.41	1.25	1.11	1.50
Eficácia	3.77	4.66	0.74	1.01

Comparação de médias no SEI entre os alunos das UTI's e alunos universitários

Comparando o nível médio de Engagement global dos alunos das UTI's ($M = 4.69$, $DP = 1.09$) com o nível médio de Engagement global de uma amostra de estudantes universitários ($M = 4.11$, $DP = 1.00$) obtido num estudo de Milhano (2005), verifica-se que os valores encontrados são próximos, não evidenciando diferenças significativas.

Estudo Qualitativo

Da análise aos registos de experiências positivas e negativas, pôde-se verificar que não existe uma prevalência de umas sobre as outras, tendo os sujeitos referido aproximadamente o mesmo número de situações para ambos os tipos de experiências (Positivas – 45 situações, e.g. companheirismo entre colegas, aprender coisas novas) (Negativas – 47 situações, e.g. dificuldade na realização das tarefas, desrespeito entre colegas).

As respostas dos sujeitos sobre a forma como lidaram com estas situações positivas e negativas foram analisadas como estratégias de Coping ou de Savoring seguindo o método de análise de conteúdo sugerido por Bardin (1977). A categorização das respostas foi feita de modo dedutivo tendo por referência, à priori, as 3 categorias de estratégias de Coping segundo a teoria de Coping de Lazarus (1993, citado por Seiffge-Krenke & Beyers, 2005): Coping centrado no problema, Coping centrado na emoção e Coping centrado no evitamento; e as 9 categorias de estratégias de Savoring, correspondendo às 9 estratégias de Savoring descritas por Bryant e Veroff (2007): partilhar com os outros, construção de memórias, auto-congratulação, comparação, intensificação sensorial-perceptiva, absorção, comportamento manifesto, consciência temporal, percepção de benefícios e pensamento desmancha-prazeres.

Respeitando o princípio da exclusão mútua, cada resposta foi incluída apenas numa única categoria (por exemplo, a resposta “Tive que procurar junto de um professor ajuda sobre alguns pontos menos compreensivos.”, dada a uma situação descrita como negativa pela aluna, foi categorizada como Coping centrado no problema, pois é a categoria que melhor define o seu conteúdo semântico). Agregaram-se assim numa mesma categoria respostas com conteúdos semânticos similares, como por exemplo “Meus Deus, como eu era ignorante. Passei a conhecer pintores, a saber o que era o realismo, já não sou ignorante!” e “Senti-me a alargar os horizontes e a relacionar com o pouco que sabia” são duas expressões que foram categorizadas como Savoring - percepção de benefícios.

Finalmente, foram contabilizadas as frequências de resposta por cada categoria, tanto para as estratégias de Coping como para as estratégias de Savoring.

Deste modo, pôde-se verificar que, relativamente às experiências de Savoring relatadas, prevalecem as estratégias de Savoring de “Auto-Congratulação” (13 situações), “Percepção de Benefícios” (13 situações) e “Partilhar com Outros” (9 situações):

Quadro nº 16

Estratégias de Savoring referidas pelos alunos das UTI's

Estratégias de Savoring	Frequências	Exemplos de indicadores
Percepção de Benefícios	13	«Já sei falar com o meu neto pelo computador!»
Auto-congratulação	13	«Foi muito gratificante para mim tocar flauta sem me enganar.»
Partilhar com os Outros	9	“Partilhei a experiência de férias com a colega de trabalho.”
Intensificação Sensorial-perceptiva	4	“Fiquei encantada com tanta beleza naqueles quadros. Senti-me bem!”
Comportamento manifesto	3	“Dancei, dancei e cantei, saí daqui mais feliz!”
Construção de memórias	1	“Esta aula fez-me lembrar quando andei no liceu, e recordo que nessa altura vi pela primeira vez na televisão o Auto da Barca do Inferno, que adorei”
Comparação	1	“Estou muito mais atenta do que quando andava no liceu, agora até gosto de História.”
Consciência temporal	1	“Gosto tanto de ouvir a professora que nem dou pelo tempo a passar!”
Total	45	

No que concerne às experiências de Coping, destacam-se as estratégias de Coping focado no problema (29 situações), seguidas das experiências de Coping focado na emoção (13 situações) e das de Coping focado no evitamento (5 situações).

Quadro nº 17

Estratégias de Coping referidas pelos alunos das UTI's

Estratégias de Coping	Frequências	Exemplos de indicadores
Centradas no Problema	29	“Como estava atrasada levei o trabalho para acabar em casa.”
Centradas na Emoção	13	“Não gostei do tema trabalhado na aula, mas tentei pensar que estamos sempre a aprender.”
Centradas no Evitamento	5	“Não respondi à provocação do meu colega.”
Total	47	

Capítulo 6 – Discussão dos Resultados

Qualidades Psicométricas do MBI-SS e do SEI

Uma questão fundamental colocada nesta investigação prende-se com a qualidade psicométrica do MBI-SS e do SEI na sua utilização em alunos de UTI's, uma vez que não se conhecem outros estudos realizados com estes instrumentos nesta população.

Deste modo, da análise realizada pode-se inferir, no que respeita ao MBI-SS, que este instrumento apresenta, na amostra em estudo, no geral boas qualidades psicométricas, com alfas aceitáveis (Eficácia $\alpha = .80$, Exaustão $\alpha = .75$, Cinismo $\alpha = .60$) e de valores aproximados aos obtidos em estudos anteriores com estudantes universitários [Eficácia $\alpha = .73$, Exaustão $\alpha = .79$, Cinismo $\alpha = .81$ (Martinez et al., 2002)]. No entanto, a dimensão Cinismo apresentou neste estudo um valor de alfa menor. Ainda, encontrou-se uma vez mais a estrutura tri-factorial deste instrumento. Apenas de ressaltar a exclusão dos itens 15 e 29 da dimensão Cinismo, tendo em consideração que o item 15 já foi também excluído noutros estudos.

Relativamente ao SEI, não se encontrou uma solução tri-factorial como seria esperado, mas antes uma dimensão global de Engagement, com um valor de alfa de .90, indicador de boa consistência interna. Note-se que em estudos anteriores com outras amostras (em contexto organizacional e académico) foi também encontrada uma dimensão global de Engagement, igualmente com valores de alfa elevados [$\alpha = .91$ (Sonnentag, 2003), $\alpha = .93$ (Milhano, 2005) e $\alpha = .93$ (Hallberg & Schaufeli, 2006)].

Em síntese, e apesar de se tratar de um estudo exploratório restrito a uma pequena amostra, os resultados são encorajadores do uso de ambos os instrumentos estudados em amostras de populações mais maduras, como os alunos das UTI's, sem perderem as suas qualidades como instrumento de avaliação.

Padrão de Burnout e Engagement

A amostra deste estudo revelou, no que respeita ao Burnout, níveis elevados de eficácia, e baixos de exaustão e cinismo, o que sugere a existência de baixas exigências e / ou elevados recursos (Bakker et al., 2001) no contexto das vivências destes alunos nas UTI's.

De facto, ao reflectir sobre as vivências académicas destes alunos, constatamos que estes não têm avaliações, faltam às aulas sempre que o entenderem, não se encontram contrariados nem sob influência de ninguém de quem dependam, assistem apenas às aulas dos temas que são alvo do seu interesse, e não assumem uma luta de sucesso académico pois este não é objectivo deste método de ensino. Ou seja, as dificuldades que normalmente são sentidas no ensino formal não fazem parte das vivências dos alunos das UTI's. Consequentemente, e de acordo com a teoria das Exigências e dos Recursos (Bakker et al., 2001), quando as exigências são baixas não há lugar a sentimentos de exaustão. Aliado a isto, as oportunidades de desenvolvimento de competências que as UTI's promovem poderão levar não só à diminuição dos sentimentos de exaustão que os alunos das UTI's possam sentir, bem como ao aumento do seu sentido de eficácia, pois procuram fomentar sentimentos de realização e produtividade, culminando numa avaliação mais positiva de si mesmo. Ainda, enquanto muitas vezes no ambiente académico a disputa pelas notas e pelo reconhecimento leva a conflitos entre os alunos e mesmo entre alunos e professores, nas UTI's os

relacionamentos promovidos parecem ser, no geral, sentidos como positivos e recompensadores.

Consequentemente, compreende-se que os alunos das UTI's manifestem escassos sentimentos de exaustão e um elevado sentido de eficácia, pois este contexto não é percebido por eles como ameaçador e/ou stressante, mas antes como fonte de desenvolvimento pessoal e de recursos sociais.

No que respeita ao baixo nível de cinismo verificado, este sugere um grande envolvimento nas actividades. De facto, se os recursos percebidos são bons e/ou variados, não há necessidade de adoptar estratégias mais drásticas como é o caso do cinismo (Bakker et al., 2001).

Nesta amostra verificou-se também uma associação positiva baixa entre a exaustão e o cinismo, o que seria de esperar, pois a exaustão apela a estratégias de defesa do self, e o cinismo é uma das mais drásticas, a que a pessoa recorre normalmente em último recurso. Desta forma, havendo um baixo nível de exaustão seria de esperar verificar-se consequentemente um baixo nível de cinismo.

Por outro lado, esta amostra manifestou ainda elevados níveis de Engagement, o que faz sentido, considerando que este é o oposto do Burnout, e que a mesma amostra revelou baixos níveis de Burnout. De facto, a motivação e o entusiasmo foram visíveis nos contactos efectuados com estes alunos, tendo-se estes muitas vezes recusado a preencher o questionário de Bem-estar Académico por alegadamente não quererem perder nenhum momento das suas aulas. A associação positiva elevada verificada entre os níveis de Engagement e os de eficácia desta amostra vai ao encontro dos resultados verificados noutros estudos (i.e. Schaufeli et al., 2002a). Ainda, observou-se uma associação negativa baixa entre os níveis de

exaustão e os níveis de Engagement desta amostra. Teoricamente, seria de esperar verificar-se uma associação forte negativa entre a dimensão exaustão e a dimensão vigor, bem como entre a dimensão cinismo e a dimensão dedicação, uma vez que estas dimensões são claramente o oposto umas das outras. No entanto, neste estudo obteve-se uma única dimensão de Engagement, pelo que faz igualmente sentido a associação encontrada.

Por outro lado, neste estudo verificou-se também que os alunos com habilitações académicas ao nível do 2º ciclo manifestam níveis de exaustão mais elevados do que os alunos com habilitações académicas ao nível do 1º e 3º ciclos. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os alunos com habilitações ao nível do 1º ciclo e 3º ciclos terem possivelmente um menor receio sobre as suas capacidades para realizar as tarefas propostas nas UTI's; os primeiros, por provavelmente não terem consciência das exigências que estão inerentes aos estudos actualmente (e.g. saber redigir um texto no computador), e os segundos por se considerarem suficientemente capacitados para as exigências que possam surgir. Já os alunos das UTI's com habilitações ao nível do 2º ciclo (5º e 6º ano) terão possivelmente noção de que os seus conhecimentos poderão ser insuficientes, pelo que sentirão maior exaustão na realização das tarefas propostas.

Ainda, verificou-se também que os alunos das UTI's com doença crónica apresentam um padrão médio de eficácia inferior aos alunos sem doença crónica, o que vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos (i. e. Gecas, 1989, citado por Rapley & Fruin, 1999; Imuta, Yasumura, Abe & Fukao, 2001, Seeman & Chen, 2002, citados por Rabelo, 2007). Efectivamente, as doenças crónicas e as incapacidades consequentes podem afectar significativamente o bem-estar da pessoa, podendo consequentemente limitar o seu desempenho e/ou a sua noção de capacidade, de eficácia.

Diferenças no Burnout e Engagement Académico entre Alunos das UTI's e Estudantes Universitários

Comparando os níveis de Burnout da amostra deste estudo com os obtidos numa amostra de estudantes universitários portugueses utilizando o mesmo instrumento de avaliação (Martinez et al, 2002), verifica-se que enquanto os estudantes universitários apresentam um nível maior de exaustão, os estudantes das UTI's manifestam um nível maior de eficácia. No entanto, ambas as amostras revelam um nível baixo de cinismo.

Esta disparidade aponta para algumas questões pertinentes. De facto, os alunos universitários são alvo de um conjunto de constrangimentos que podem provocar sentimentos de exaustão ao longo do tempo, tais como as avaliações obrigatórias, o regime de faltas, a pressão da família e/ou dos pares, a ansiedade por atingir sucesso académico pelo peso que isso poderá ter no seu futuro e mesmo o stress da obrigação em estudarem áreas que lhes desagradam ou não têm interesse para eles. O mesmo já não acontece no caso dos alunos das UTI's, tal como já referido na discussão sobre o padrão de Burnout e Engagement da amostra. De facto, e de acordo com a teoria das Exigências e dos Recursos (Bakker et al., 2001), quando as exigências são baixas não há lugar a sentimentos de exaustão.

Por outro lado, o baixo nível de cinismo verificado em ambas as amostras sugere um grande envolvimento nas actividades. Como já discutido anteriormente, se os recursos percebidos são bons e/ou variados, não há necessidade de adoptar estratégias mais drásticas como é o caso do cinismo (Bakker et al., 2001). No que respeita ao Engagement, a comparação dos valores obtidos na amostra em estudo com os obtidos no estudo de Milhano (2005) com uma amostra de estudantes universitários revela que ambas as amostras apresentam médias elevadas, com valores aproximados, o que significa que tanto os alunos

das UTI's como os alunos universitários se sentem empenhados, motivados, envolvidos, ainda que possivelmente por motivos diferentes, nas actividades que lhes são propostas.

Ainda, e apesar de algumas diferenças de médias, ambas as amostras apresentam níveis baixos de exaustão e cinismo, e níveis elevados de eficácia e Engagement, manifestando assim elevados índices de Bem-estar Académico.

Potenciais Variáveis, nomeadamente Estratégias de Coping e de Savoring, que conduzem ao Bem-estar Académico dos Alunos das UTI's

Com a componente qualitativa desta investigação pretendia-se inicialmente explorar as potenciais variáveis, nomeadamente estratégias de Coping e Savoring que conduzem ao Bem-estar Académico dos alunos das UTI's da nossa amostra. Para isso, pretendia-se comparar as respostas dos alunos com baixos níveis de Bem-estar Académico com as dos que manifestassem altos níveis de Bem-estar Académico. No entanto, verificou-se que na totalidade da amostra é visível um elevado Bem-estar Académico, manifesto em baixos níveis de exaustão e cinismo e elevados níveis de eficácia e Engagement, pelo que o nosso intento não foi possível.

No entanto, verifica-se que, segundo as respostas aos registos dos sujeitos da sub-amostra que participou no estudo qualitativo, parece haver dois caminhos para o Bem-estar Académico. Por um lado, nas experiências negativas (e.g. não conseguir realizar a tarefa) os idosos reagem com estilos de Coping focado no problema, que de acordo com a literatura (i.e. Aspinwall & Taylor, 1992), tem-se revelado a melhor forma de lidar com as dificuldades. Por outro lado, nas experiências positivas (e.g. gosto pela matéria dada), os idosos revelaram saber promover o seu bem-estar, através de estratégias de Savoring como a Auto-

Congratulação, a Percepção de Benefícios ou a Partilha Com os Outros, revelando tendencialmente um *locus* de controlo interno, estratégias estas também habitualmente associadas a bons resultados em termos de Savoring (Bryant e Veroff, 2007).

CONCLUSÕES

Conclusões Gerais

O interesse pelo Bem-estar Académico nos alunos das UTI's foi o mote para a realização do presente estudo, sendo este o seu objectivo geral.

Foi efectuada para isso a análise das qualidades psicométricas de dois instrumentos comumente utilizados na avaliação do Bem-estar Académico, o MBI-SS e o SEI, que foram neste estudo utilizados pela primeira vez na população mais madura, mais concretamente nos alunos de UTI's neste estudo.

Ainda, e na sequência desta análise, compararam-se os níveis de Bem-estar Académico obtidos pelos alunos desta amostra com os níveis obtidos por estudantes universitários, em estudos realizados anteriormente por outros investigadores com os mesmos instrumentos.

Por outro lado, e numa vertente mais qualitativa, pretendeu-se explorar também quais os potenciais factores que podem contribuir para o Bem-estar Académico dos alunos das UTI's, designadamente as estratégias de Coping e de Savoring associadas, respectivamente a acontecimentos de distress e de eustress.

Deste modo, começou-se por realizar um breve enquadramento histórico e conceptual das temáticas envolventes (cf. Parte I, Capítulos 1 a 3).

Em seguida, desenvolveram-se dois estudos – um de carácter quantitativo e outro de carácter qualitativo – (cf. Capítulo 4) que tiveram como objectivo recolher e obter dados que permitissem responder às seguintes questões de investigação:

“Será que o MBI-SS e o SEI apresentam boas qualidades psicométricas quando utilizados na população dos alunos das UTI’s?”

“Existirão diferenças no padrão de Burnout e Engagement dos alunos das UTI’s em função de variáveis sócio-demográficas?”

“Será que os alunos das UTI’s manifestam um nível de Burnout e Engagement académicos semelhante aos alunos das universidades formais?”

“Quais as variáveis, designadamente estratégias de Coping e Savoring, que se associam ao Bem-estar Académico dos alunos das UTI’s?”

Os resultados alcançados (cf. Capítulo 5) foram discutidos à luz da revisão teórica realizada para este estudo (cf. Capítulo 6). Em seguida apresentar-se-ão as principais conclusões obtidas.

Em primeiro lugar foi feita uma caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo, que resultou numa amostra de alunos das UTI’s com o seguinte perfil:

- . Maioritariamente do sexo feminino
- . Grande parte com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos
- . A maioria com habilitações académicas iguais ou superiores ao 9º ano
- . São sobretudo pessoas reformadas

- . Aproximadamente metade da amostra não tem outras actividades para além das relacionadas com a frequência nas UTI's
- . Maioritariamente casados
- . Aproximadamente ¼ da amostra vive sozinha
- . A grande maioria dos alunos homens encontra-se casada, contrariamente às mulheres
- . Grande parte das mulheres desta amostra, contrariamente aos homens, vive sozinha, com os filhos ou outras pessoas
- . A maioria convive diariamente com os familiares
- . Maioritariamente sem doença crónica

O passo seguinte consistiu na análise das características psicométricas dos instrumentos utilizados, recorrendo a análises factoriais de modo a encontrar a melhor solução e apurar indicadores para cada uma das medidas pretendidas.

Deste modo, mediu-se os níveis de Burnout através do MBI-SS e os níveis de Engagement através do SEI. Este procedimento permitiu responder à primeira questão colocada nesta investigação, relativa às qualidades psicométricas destes instrumentos quando utilizados em adultos maduros. Assim:

- ✓ MBI-SS
 - Alfas aceitáveis
 - Confirmação da estrutura factorial

- ✓ SEI
 - Estrutura encontrada unifactorial, tal como já verificado noutros estudos
 - Bom alfa da escala global

Verifica-se assim que ambos os instrumentos mantêm qualidades psicométricas que permitem a sua utilização nesta amostra de alunos mais maduros, constituída por alunos das UTI's, sem perder as suas qualidades como instrumento de avaliação.

Relativamente à existência de possíveis diferenças no padrão de Burnout e Engagement dos alunos das UTI's em função de variáveis sócio-demográficas, verificaram-se as seguintes diferenças significativas:

- ✓ Os alunos com habilitações académicas ao nível do 2º ciclo manifestam níveis de exaustão mais elevados do que os alunos com habilitações académicas ao nível do 1º e 3º ciclos
- ✓ Os alunos das UTI's com doença crónica apresentam um padrão médio de eficácia inferior aos alunos sem doença crónica

Da análise do padrão de Burnout e Engagement da amostra verificou-se que, no que respeita ao Burnout, obtiveram-se níveis elevados de eficácia, e baixos de exaustão e cinismo. Em relação ao Engagement foram também constatados níveis elevados na dimensão global.

Obtiveram-se ainda relações significativas entre as várias dimensões do Burnout e estas e o Engagement:

- . Associação positiva baixa entre a exaustão e o cinismo
- . Associação positiva elevada entre os níveis de Engagement e os de eficácia
- . Associação negativa baixa entre os níveis de exaustão e os níveis de Engagement

Do procedimento efectuado para responder à terceira questão deste estudo, relativa à existência ou não de diferenças nos níveis de Burnout e Engagement académicos entre os alunos das UTI's e os alunos das universidades formais, verifica-se que apesar de ambas as amostras manifestarem um elevado nível de Bem-estar Académico, expresso em níveis baixos de exaustão e cinismo e elevados de eficácia e Engagement, os dados parecem apontar para um maior nível de exaustão nos alunos universitários e de eficácia nos alunos das UTI's.

Para responder à quarta e última questão deste estudo, relativa às potenciais variáveis, designadamente estratégias de Coping e de Savoring que poderiam conduzir ao Bem-estar Académico dos alunos das UTI's, realizou-se um pequeno estudo qualitativo, através de um registo criado para o efeito. A análise dos dados obtidos permitiu inferir que parecem haver explicações para o Bem-estar Académico destes alunos:

- . O recurso a estilos de Coping focado no problema para lidar com as experiências negativas;
- . O recurso a estratégias de Savoring para promover o bem-estar obtido com as experiências positivas, como a Auto-Congratulação, a Percepção de Benefícios ou a Partilha Com os Outros.

Seguidamente, procurar-se-á fazer uma reflexão integrativa dos resultados, apontando implicações para a prática, bem como limitações deste estudo e pistas para futuras investigações.

Reflexão Final

O bem-estar tem sido alvo de estudo em variados contextos, em especial os da saúde, das organizações e da educação. Neste último, muitas investigações têm sido realizadas para perceber os factores que afectam e que promovem Bem-estar Académico dos alunos, mas não se conhecem estudos feitos até à data com populações adultas mais maduras, cingindo-se a grande maioria das investigações a alunos adolescentes e jovens adultos (ao nível do ensino universitário), não só por serem amostras a que é muitas vezes mais fácil aceder, mas também porque a maioria dos alunos do ensino formal é de facto jovem.

No entanto, nas últimas décadas surgiu um novo contexto de ensino, de carácter mais informal, dedicado a populações mais maduras, à chamada “terceira idade”. Numa tentativa

de dar resposta às necessidades de aprendizagem, ocupação de tempos livres e socialização dos mais idosos, surgem as UTI's. Apesar do carácter informal que o investe, é considerado um contexto de ensino para professores e alunos que o frequentam, sendo simultaneamente um ambiente de aprendizagem e lazer, de expectativas e de receios, de alegrias e de ansiedades. Ainda, as UTI's assumem-se como espaços promotores de bem-estar para os séniors.

Assim, esta investigação procurou dar um contributo ao estudo do bem-estar, na sua vertente académica, explorando este tema na população mais madura e simultaneamente num novo e diferente contexto de aprendizagem.

Deste modo verifica-se que, em primeiro lugar, as principais medidas de avaliação do Bem-estar Académico – MBI-SS e SEI – se apresentaram como instrumentos adequados e válidos para a avaliação deste constructo também com uma amostra mais madura, e num novo contexto de ensino, as UTI's.

Evidencia-se aqui a qualidade de medida destes instrumentos, e o facto de este resultado permitir sugerir que o Bem-estar Académico em jovens adultos e em adultos maduros, no contexto formal de ensino e num contexto mais informal, não são formas diferentes de Bem-estar Académico, mas antes vertentes de um único constructo.

Noutras investigações têm sido identificadas diferenças nos níveis de Burnout e Engagement dos sujeitos em função de algumas variáveis sócio-demográficas, como o sexo ou existência de doença crónica. No entanto, na presente investigação apenas se evidenciou a influência negativa da existência de doença crónica nos níveis de eficácia, e algumas diferenças nos níveis de exaustão em consequência das habilitações académicas dos sujeitos. Isto sugere que o Bem-estar Académico dos alunos das UTI's da amostra deste estudo não é

significativamente afectado pelas variáveis sócio-demográficas estudadas, à excepção da existência de doença crónica, que como se referiu já anteriormente, tem-se revelado um factor inibidor do sentido de eficácia das pessoas, e das habilitações académicas que também condicionam os níveis de bem-estar das populações.

Este resultado, aliado ao facto desta amostra ter manifestado elevados níveis de Bem-estar Académico, traduzidos em baixos níveis de exaustão e cinismo e elevados níveis de eficácia e Engagement, bem como ao facto do nível de Bem-estar Académico dos alunos das UTI's apenas diferir do dos alunos universitários pelos primeiros manifestarem um maior nível de eficácia e um menor nível de exaustão que os segundos, e ainda por estes alunos revelarem recorrer mais frequentemente a estratégias de Coping centrado no problema (o que não seria esperado em adultos maduros) e a estratégias de Savoring como a percepção de benefícios, a auto-congratulação ou a partilha com outros, leva a uma nova questão:

O elevado nível de Bem-estar Académico observado nesta amostra de alunos deve-se à sua frequência nas UTI's ou antes a outros factores, intrínsecos, como características da sua personalidade?

De facto, os resultados obtidos nesta investigação apontam para a hipótese de que os alunos que procuram estas instituições possam ter um determinado perfil, onde predominem características como um elevado sentido de auto-eficácia e/ou tendência à pró-actividade, características que não são comuns nos séniores. Por outro lado, os alunos que participaram neste estudo frequentavam as UTI's há relativamente pouco tempo (alguns meses) aquando da administração dos questionários, encontrando-se ainda a integrar nas dinâmicas, pelo que seria imprudente aceitar como certo que este Bem-estar Académico manifesto se deva unicamente, ou pelo menos em grande parte, à frequência das mesmas. Esta seria assim uma questão pertinente a servir de mote para futuras investigações neste campo.

Podem-se ainda apontar algumas implicações para a prática a partir deste estudo. De facto, se o recurso a estratégias de Coping centradas no problema (para lidar com as experiências negativas) e a estratégias de Savoring como a partilha com outros, a percepção de benefícios ou a auto-congratulação (como forma de lidar com as experiências positivas) estão relacionadas com a promoção de Bem-estar Académico nos alunos das UTI's, seria pertinente inserir nos programas destas instituições disciplinas de treino de competências, onde estas pudessem ser ensinadas às pessoas, não só no contexto das UTI's mas também em outros contextos de vida das pessoas. Comparar as estratégias de Coping e de Savoring a que os alunos das UTI's recorrem com as utilizadas pelos alunos dos estabelecimentos de ensino formal poderá ser outro aspecto interessante a analisar em futuras investigações.

No entanto, não podem ser descuradas as limitações deste estudo. A amostra reduzida do estudo quantitativo e a simplicidade do pequeno estudo qualitativo realizado não permitem generalizar os resultados obtidos, mas apenas tecer algumas inferências que se espera possam contribuir para a reflexão sobre o Bem-estar Académico nos alunos das UTI's, e conjuntamente para a adaptação dos instrumentos de avaliação MBI-SS e SEI a outras populações e contextos para além do académico formal.

BIBLIOGRAFIA

Anderson, E. D., & Cole, B. S. (2001). Stress factors related to reported academic performance and burnout. *Education*, 108 (4), 497 – 503.

Arana, J. M. S. (2005). *Envejecimiento Humano*. Retirado em 2 de Novembro de 2005 de: www.ceoma.org/vii_congreso_nacioal/pdfs/p_dis_sanitaria/Comunicacion37_discr_i_s_anitaria.pdf.

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago do Chile: ONU.

Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 989 – 1003.

Bakker, A. B., Demerouti, E., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.

Bardin, L. (1977). *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bryant, F. B. (1989). A Four-Factor Model of Perceived Control: Avoiding, Coping, Obtaining, and Savoring. *Journal of Personality*, 57, 773-797.

Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A New Model of Positive Experience*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Buchwald, P., & Schwarzer, C. (2003). The exam-specific strategic approach to Coping scale and interpersonal resources. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16 (3), 281-291.

Cruz, J. F., Gomes, A. R. & Melo, B. M. (2000). *Stress e Burnout nos psicólogos portugueses*. Braga: Sistemas. Humanos e Organizacionais.

Da Conceição, M. (2002). Life Course, Households and Institutions: Brazil and México. *Journal of Comparative Family Studies*, 33 (3), 317-344.

Delbrouck, M. (2003). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Department of Health (2003). *Guidelines for the appointment of General Practitioners with Special Interests in the Delivery of Clinical Services. Care of older people*. Retirado em 27 de Outubro de 2007 de: www.markwalton.net/nsf/prac-spec-int.pdf.

Díaz, V., Díaz, I, Rojas, G., & Novogrodsky, R. (2003). Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 131, 895-901.

Dopson, L. (2004). Third age devotion to learning. *Nursing Older People*, 16 (9), 47.

Dunahoo, C. L., Hobfoll, S. E., Monnier, J., Hulsizer, & M. R., Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in Coping. Part 1: even the lone ranger had tonto. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 137-165.

Duque-Parra, J. E. (2003). Relaciones neurobiológicas y el envejecimiento. *Revista de Neurologia*, 36 (6), 549-554.

Egan, L. (2000). Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Rev. Hosp. Gral. Dr. M. Gea. González*, 3 (3), 107-114.

Eurotrials (2002). *Envelhecimento*. Retirado em 2 de Novembro de 2005 de: www.eurotrials.com/publicacoes/bol1.pdf.

Federación Mundial de Salud Mental (1999). La salud mental y el envejecimiento. *Revista Psiquiatría Pública*, 11 (6), 43-49.

Fernández-Balesteros, R., Fresneda, R. M., Martínez, J. Í., & Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M. (2005). Aspectos psicológicos da «passagem à reforma». Um estudo qualitativo com reformados portugueses. IN C. Paul & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Glendenning, F. (2001). Education for older adults. *International Journal of Lifelong Education*, 20 (1/2), 63-70.

Gonçalves, S., Marques Pinto, A., & Lima, M. L. (2006). Coping social: Concepções e operacionalização. IN Leal, I., Pais Ribeiro, J. L., & Neves de Jesus, S.

(Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde. Bem-estar e qualidade de vida*. Lisboa: ISPA Edições.

Gonçalves, S. M. P (2006). *Perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho: o papel moderador do Coping social e da coesão grupal*. Tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Gonçalves, S., Lima, M. L., & Marques Pinto, A. (n.d). *Manual preliminar do Strategic Approach to Coping Scale (SACS) – versão portuguesa*. Texto não publicado.

Groombridge, B. (2003). Glad to be gray. *Adults Learning*, 15 (1), 28.

Hallberg, U. E., & Schaufeli, W. B. (2006). “Same Same” But Different? Can Work Engagement Be Discriminated from Job Involvement and Organizational Commitment? *European Psychologist*, 11 (2), 119-127.

Ham, R., Sloane, P., & Warshaw, G. (2002). *Primary Care Geriatrics* (4º Ed.). Mosby: USA.

Hobfoll, S. E. (1988). *The Ecology of Stress*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Hobfoll, S. E., Schwarzer, R., & Chon, K. K. (1998). Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 181 - 212.

INE (n.d.). *Actualidades do INE*. Retirado em 2 de Novembro de 2007 de: <http://alea.ine.pt/html/actual/pdf/act16.pdf>.

INE (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Sócio-Económica Recente das Pessoas Idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (Ed.) (1994). *Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: IEFP.

Jacob, L. (2007). *Quatro Ideias para um Envelhecimento Activo*. IN Congresso Internacional de Envelhecimento Activo, I, Fátima: RUTIS.

Kerka, S. (1999). Universities of the Third Age: Learning in Retirement. *Trends and Issues Alert* (2).

King, D., & Wynne, L. (2004). The Emergence of “Family Integrity” in Later Life. *Family Process*, 43 (1), 7-21.

Kurtz, J. L. (2008). Book reviews. *The Journal of Positive Psychology*, 3 (1), 83-86.

Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Considerations of models. In W. Schaufeli, C., Maslach & T. Marek (Eds). *Professional Burnout. Recent developments in theory an research*. Washington: Taylor & Francis.

Levet, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Linville, P. W., & Fisher, G. W. (1991). Preferences for Separating or Combining Events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (1), 5-23.

Maia, L., & Costa, J. (2004). Análisis de los resultados de 92 ancianos ingresados en instituciones de salud en el Mini Mental State Examination Test (versión portuguesa) a través de la TCT y del Modelo de Rasch. *Revista Psiquiatria Clínica*, 1 (26).

Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. IN Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (coords.). *Pessoas idosas – Uma abordagem geral: O processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Manzano, G. (2004). Perfil de los estudiantes comprometidos con sus estudios: influencia del burnout y el engament. *Anuario de Psicología*, 35 (3), 399 – 415.

Marín, P., Guzmán, J., & Araya, A. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: Cómo saber cuántos son? *Revista Médica Chile*, 132, 832-838.

Martín, A. V. (2007). Gerontologia educativa: enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativo com idosos. IN A.R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Martín, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C., & Pinto Cabral, F. (2007). Políticas sociais para a terceira idade. IN A.R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Martín., M., Moreiras, O., & Carbajal, Á. (2000). La actividad física como indicador de la calidad de vida en los ancianos. *Rev. Mult. Gerontol.*, 10 (1), 9-14.

Martín, P., Long, M., & Poon, L. (2002). Age Changes and Differences in Personality Traits and States of the Old and the Very Old. *Journal of Gerontology*, 57B (2), 144-152.

Marques Pinto, A., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2008). Delimitação do conceito de Burnout. IN A. Marques Pinto & M. J. Chambel (Orgs.), *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional: Estudos com Amostras Portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.

Martinez, I.M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Lopes da Silva, A. (2002). Burnout en Estudiantes Universitarios de España Y Portugal. Un Estudio Transcultural. *Ansiedad y Estrés*, 8 (1), 13-23.

Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 – 113.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (3º Ed.)*. USA: Consulting Psychologists Press, Inc.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (5), 189-192.

Metz, M., & Miner, M. (1998). Psychosexual and psychosocial aspects of male aging and sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7 (3), 245-259.

Midwinter, E. (2005). We are citizens, not social casualties. *Adults Learning*. 17 (4), 26-28.

Milhano, C. (2005). *Stress, Criatividade e Engagement em Alunos do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado em Psicologia: especialidade em Stress e Bem-Estar. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa (policopiado).

Milhano, C., & Marques Pinto, A. (2008). Stress, Criatividade e Engagement em Estudantes do Ensino Superior. IN A. Marques Pinto & M. J. Chambel (Eds.), *Burnout e*

Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas. Lisboa: Livros Horizonte.

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade. Da solidão aos motivos para a sua frequência.* Porto: LEGIS EDITORA.

Nelson, D., & Cooper, C. (2005). Guest editorial: Stress and health: A positive direction. *Stress and Health*, 21, 73-75.

Nielsen, G. H., Nordhus, I. H., & Kvale, G. (1998). Insomnia in Older Adults. IN I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association.

Nunes, A. T. G. L. (2000). Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos sobre envelhecimento UnATI/ UERJ*, 3 (5), 1-97.

O'Neill, D., Williams, B., & Hastie, I. (2002). *Ageing and Health in Europe: Challenges, Opportunities and the Role of Specialist Health Care for Older People*. Retirado em 19 de Outubro de 2005 de: www.unece.org/ead/pau/age/berl/berl_eugms_stat_rus.pdf.

Osorio, A. R. (2007). Os idosos na sociedade actual. IN A.R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. IN C. Paúl & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. IN C. Paúl & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Pérez Díaz, J. (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. IN A. S. Staab, L. C. Hodges (Eds.), *Enfermería Gerontológica*. México: McGraw Hill, 451-463.

Pinto, F. C. (2007). A terceira idade: idade da realização. IN A.R. Osório & F. C. Pinto, *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Rabelo, D. F. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*, 12(1), 75-81.

Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 793-798.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio - Prevenção do Stress no Trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Ramos, M. (2005). *Crescer em Stresse. Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.

Rapley, P., & Fruin, D. J. (1999). Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 209-215.

Rejeski, W., & Mihalko, S. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology*, 56 A, 23-35.

Salanova, M. (n/d). *Academic success, burnout and engagement among university students: towards a spiral model of efficacy beliefs*. Conference Abstract. US American Psychological Association

Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada. IN C. Paúl & A. M. Fonseca (coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Silval, M., & Meneses, R. (2006). Qualidade De Vida/Estado De Saúde De Idosos Institucionalizados vs Não Institucionalizados. IN *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro, 2-4 Fevereiro, ISPA, Lisboa: 182-183.

Schaufeli, W. & Enzman, D. (1998). *The Burnout companion to study & practice. A critical analysis*. UK: Taylor & Francis.

Schaufeli, W., Martinez, I.M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A.B. (2002a). Burnout and Engagement in University Students. In *Journal of Cross - Cultural Psychology*, 33 (5), 464-481.

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. B. (2002b). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3 (1), 71-92.

Schwarzer, C., & Buchwald, P. (2000). Dyadic Coping and interpersonal trust in student-teacher interaction. Poster presented at APA 2000. *108ª Convention of the American Psychology Association* in Washington, DC (USA).

Seiffge-Krenke, I., & Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence*, 15 (4), 561 - 582.

Sonnentag, S. (2003). Recovery, Work Engagement, and Proactive Behavior: A New Look at the Interface Between Nonwork and Work. *Journal of Applied Psychology*, 88 (3), 518-528.

Spar, J., & La Rue, A. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Swindell, R. (1999). U3As in Australia and New Zealand: society's \$4 million bonanza. *Comparative Education*, 35 (2), 235-247.

Swindell, R. (2002). U3A Online: a virtual university of the third age for isolated older people. *International Journal of Lifelong Education*, 21 (5), 414-429.

Swindell, R., & Thompson, J. (1995). An international perspective on the university of the third age. *Educational Gerontology*, 21, 429-447.

UNRISD (2003). *Ageing, Development and Social Protection*. Retirado em 21 de Outubro de 2007 de: [www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/d2a23ad2d50cb2a28056eb300385855/213ce1b2eead22a7c12570350029afe2/\\$File/cn11s.pdf](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/d2a23ad2d50cb2a28056eb300385855/213ce1b2eead22a7c12570350029afe2/$File/cn11s.pdf).

Veloso, E. C. (2000). *As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Contributos para uma Caracterização*. IN Congresso Português de Sociologia, IV, Coimbra, 2000 – *Sociedade portuguesa: passados recentes, futuros próximos: actas* [CD-ROM]. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, 2002. Coordenação editorial da Celta Editora.

Veras, R. P., & Caldas, C. P. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2), 423-432.

Williamson, A. (2000). Gender issues on older adults' participation in learning: viewpoints and experiences of learners in the university of the third age (U3A). *Educational Gerontology*, 26, 49-66.

Wood, J. V., Heimpel, S. A., & Michaela, J. L. (2003). Savoring Versus Dampening: Self-Esteem Differences in Regulating Positive Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (3), 566-580.

Wong, G. (2003). Quality of life of the elderly in Singapore's multi-racial society. *International Journal of Social Economics*, 30 (3), 302-319.

Guião de entrevista aos dirigentes das UTI's

- Quando surgiu esta UTI?

- Que motivações estiveram por detrás do seu impulsionamento?

- Quem foram os principais impulsionadores?

- Como / quais eram as primeiras actividades da UTI? E hoje em dia?

- Fornecem algum outro tipo de apoio aos idosos?

- Existe alguma ligação entre a UTI e o ensino superior?

- Existem acordos com outras entidades (ex. Misericórdias)?

- Quem são os professores?

- Quais são os objectivos da UTI?

- Como caracteriza os alunos da UTI?

- Têm sido feitas investigações com os alunos das UTI. De que forma os resultados destas têm contribuído para os membros? E para a UTI?

- Existe ligação com instituições estrangeiras semelhantes?

- Quais são as principais dificuldades sentidas pela UTI?

- Existem cláusulas para uma pessoa se tornar membro (ex. idade)?

- Como funcionam as actividades?

- Que dificuldades são mais referidas pelos membros?

- Que mais-valias os membros mencionam retirar da frequência na UTI?

- Que perspectivas de futuro tem a UTI (projectos, parcerias, actividades)?

QUESTIONÁRIO SOBRE O BEM-ESTAR DOS ALUNOS DAS UNIVERSIDADES DA 3ª IDADE^(*)

Este questionário destina-se a estudar o “bem-estar” dos alunos das Universidades da Terceira Idade, no início e no final do ano lectivo. É para este estudo que contamos com a sua colaboração pois ela constitui um importante contributo para a compreensão desta temática.

Pedimos-lhe que nos dê a sua opinião sobre um conjunto de questões, com base na sua experiência pessoal como aluno de uma Universidade da Terceira Idade. Não existem respostas certas ou erradas, mas apenas pontos de vista pessoais.

As suas respostas destinam-se exclusivamente a fins de investigação e são confidenciais (não serão reveladas individualmente a ninguém) e anónimas (não terá de se identificar).

Para podermos contar com a sua colaboração temos de lhe atribuir um **Código Pessoal**, o qual deve ser constituído pelo dia dos seus anos e as iniciais do nome da sua mãe. Se, por exemplo, faz anos no dia 9 e o nome da sua mãe é Maria Teresa Silva o seu código será 9MTS.

Por favor escreva o seu **Código Pessoal**

As diversas perguntas que constituem o questionário foram pensadas de forma a caracterizar o “bem-estar” dos alunos das Universidades da Terceira Idade com a abrangência que este tema merece. Por favor, certifique-se de que responde a todas as perguntas do questionário para podermos validar a sua participação neste estudo.

Obrigado pela sua colaboração!

^(*) Investigação orientada por Alexandra Marques Pinto (a.marquespinto@fpce.ul.pt) e Maria José Chambel (mjchambel@fpce.ul.pt), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Dados Sócio-Demográficos

Instituição: _____

Data: ____/____/____

1. **Sexo** (assinale com um x): Masculino___ Feminino___

2. **Idade:** _____

3. **Habilitações académicas:** _____

4. **Situação Profissional** (assinale com um x):

Activo(a)___ Activo(a) a Tempo Parcial___

Desempregado(a)___ (Há quantos anos? _____) Reformado(a)___ (Há quantos anos? _____)

Última profissão que desempenhou _____

ou que desempenha actualmente _____

(Responda apenas à
situação em que se
encontra)

5. **Outras actividades** em que está envolvido(a) (ex. participação em actividades desportivas, religiosas, recreativas): _____

6. **Estado civil** (assinale com um x):

Solteiro(a)___ Casado(a)___ Separado(a)/Divorciado(a)___ Viúvo(a)___

7. **Agregado familiar**, com quem vive: _____

8. Frequência de **convívio com os familiares** (e.x. filhos, irmãos) (assinale com um x):

Nunca___ Mensalmente___ Semanalmente___ Diariamente___

9. Tem alguma **doença crónica**? (assinale com um x):

Não ___ Sim___ Qual? _____

Questionário sobre o Bem-Estar Acadêmico

Enquanto aluno(a) da Universidade da Terceira Idade o(a) Sr(a) faz determinadas TAREFAS, como por exemplo assistir às aulas, consultar livros, fazer trabalhos de grupo, estudar, etc. Os itens que se seguem referem-se a sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados com a sua experiência como aluno(a) da Universidade da Terceira Idade. Por favor responda a cada um dos itens de acordo com a escala de respostas que se segue, cujos valores variam entre 0 (se nunca teve esse sentimento ou pensamento) e 6 (se o tem sempre).

Por favor, para responder aos itens PENSE NAS SUAS TAREFAS COMO ALUNO(A) da Universidade da Terceira Idade, e avalie com que frequência tem cada um dos seguintes sentimentos, pensamentos ou comportamentos:

Com que frequência? (0-6)

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

1) Sinto-me emocionalmente esgotado(a) por fazer este curso	0	1	2	3	4	5	6
2) Sinto-me feliz quando estou a fazer tarefas relacionadas com os meus estudos	0	1	2	3	4	5	6

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

3) Sinto-me cansado(a) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia na universidade / instituto	0	1	2	3	4	5	6
4) Esqueço tudo o que se passa à minha roda quando estou concentrada(o) nos meus estudos	0	1	2	3	4	5	6
5) Tornei-me mais reticente em relação à utilidade dos meus estudos	0	1	2	3	4	5	6
6) Estou imersa(o) nos meus estudos	0	1	2	3	4	5	6
7) Sou capaz de resolver eficazmente os problemas que surgem relacionados com os meus estudos	0	1	2	3	4	5	6
8) O meu curso é desafiante para mim	0	1	2	3	4	5	6
9) Acho que dou um contributo válido nas minhas aulas da universidade / instituto	0	1	2	3	4	5	6
10) Quando me levanto de manhã apetece-me ir para as aulas ou estudar	0	1	2	3	4	5	6
11) Em minha opinião sou um(a) bom(boa) aluno(a)	0	1	2	3	4	5	6
12) Os meus estudos inspiram-me coisas novas	0	1	2	3	4	5	6
13) Para mim é estimulante atingir os meus objectivos nos estudos	0	1	2	3	4	5	6

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

14) Estou entusiasmada(o) com o meu curso	0	1	2	3	4	5	6
15) Quando estou nas aulas ou a estudar não gosto que me incomodem com outras coisas	0	1	2	3	4	5	6
16) Dedico muito tempo às minhas tarefas como aluna(o)	0	1	2	3	4	5	6
17) Duvido do valor e utilidade dos meus estudos	0	1	2	3	4	5	6
18) O tempo passa a voar quando estou a realizar as minhas tarefas como aluna(o)	0	1	2	3	4	5	6
19) Durante as aulas sinto que sou capaz de finalizar as minhas tarefas eficazmente	0	1	2	3	4	5	6
20)“Deixo-me ir” quando realizo as minhas tarefas como aluna(o)	0	1	2	3	4	5	6
21) Estudar ou ir às aulas durante todo o dia é uma tensão para mim	0	1	2	3	4	5	6
22) Sou uma pessoa com força para enfrentar as minhas tarefas como aluna(o)	0	1	2	3	4	5	6
23) Sinto-me desgastado(a) no final de um dia na universidade / instituto	0	1	2	3	4	5	6
24) Creio que o meu curso tem significado	0	1	2	3	4	5	6

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou menos por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

25) Estou esgotado(a) de estudar	0	1	2	3	4	5	6
26) Sinto-me com força e energia quando estou a estudar ou vou às aulas	0	1	2	3	4	5	6
27) Perdi interesse pelo curso desde que comecei a universidade / instituto	0	1	2	3	4	5	6
28) As minhas tarefas como aluna(o) fazem-me sentir cheia(o) de energia	0	1	2	3	4	5	6
29) Perdi entusiasmo pelo meu curso	0	1	2	3	4	5	6
30) Estou orgulhosa(o) de fazer este curso	0	1	2	3	4	5	6
31) Aprendi muitas coisas interessantes durante o meu curso	0	1	2	3	4	5	6
32) Nas minhas tarefas como aluna(o) não páro, mesmo que não me sintam bem	0	1	2	3	4	5	6
33) É-me difícil desligar-me dos meus estudos	0	1	2	3	4	5	6

Obrigado pela sua colaboração!

Registo de experiências positivas e negativas

Instruções:

No nosso dia-a-dia acontecem situações que nos fazem sentir preocupados, ansiosos, irritados, sobre as quais sentimos que não temos controlo nem recursos para as ultrapassar. Esses momentos constituem **experiências negativas** para nós.

Outras vezes acontecem-nos coisas boas, desafiantes, que nos motivam ou dão prazer e nos fazem sentir alegres, satisfeitos com a vida. São situações em que saboreamos cada momento. Neste caso, falamos de **experiências positivas**.

Gostaríamos que durante o próximo mês de Abril, no final de cada semana, registasse as situações positivas e negativas que viveu ao longo dessa semana, relacionadas com a sua frequência na Universidade da 3ª Idade / Academia Sénior, indicando: (1) a data em que ocorreram, (2) descrevendo resumidamente a situação, (3) identificando-a como experiência positiva ou negativa (de acordo com a explicação anterior), e (4) explicando como lidou com a situação. Seguem-se dois exemplos do que poderão ser experiências positivas e negativas na vida de um aluno da Universidade da 3ª Idade / Academia Sénior e da forma de registo que lhe pedimos que faça sobre as **suas experiências positivas e negativas**.

(1)Data	(2)Situação	(3)Experiência positiva ou negativa?	(4)Como lidou com a situação?
1 de Dezembro	<i>Não sei como fazer o trabalho pedido na disciplina de Psicologia</i>	<i>Negativa Senti-me ansioso(a), preocupado(a)</i>	<i>Fiz uma lista de passos a dar; procurei ajuda junto do professor</i>
2 de Dezembro	<i>Fui chamado(a) pelo professor para demonstrar a realização de um exercício de respiração aos colegas</i>	<i>Positiva Senti alegria, orgulho, reconhecimento pelo professor e pelos colegas</i>	<i>Passei a participar mais activamente nas actividades.</i>

As páginas que se seguem são 4 folhas de Registo de Experiências Positivas e Negativas, uma para cada semana do mês de Abril. Pedimos-lhe que no final de cada semana registe as situações positivas e negativas que viveu ao longo dessa semana, relacionadas com a sua frequência na Universidade da 3ª Idade / Academia Sénior, tal como ilustrado nos exemplos dados na página anterior.

Se tiver alguma dúvida, por favor contacte-nos através do número de telemóvel 933611680 ou do endereço de e'mail: elemiah_mmm@portugalmail.pt, ou ainda junto da(o) técnica(o)_____.

Por favor entregue o seu registo na sua Universidade da 3ª Idade / Academia Sénior, junto desta(e) técnica(o), no final deste mês.

Desde já muito obrigado pela sua colaboração.

Por favor escreva aqui o seu código pessoal

(dia do seu nascimento e iniciais do nome da sua mãe, ex. 4MFM)

Mónica Mota Marques, Psicóloga Clínica,
aluna do mestrado em Stress e Bem-Estar da FPCEUL.

Registo de experiências positivas e negativas

Semana de 31 de Março a 6 de Abril

(1)Data	(2)Situação	(3)Experiência positiva ou negativa?	(4)Como lidou com a situação?

Registro de experiências positivas e negativas

Semana de 7 a 13 de Abril

(1)Data	(2)Situação	(3)Experiência positiva ou negativa?	(4)Como lidou com a situação?

Registo de experiências positivas e negativas

Semana de 14 a 20 de Abril

(1)Data	(2)Situação	(3)Experiência positiva ou negativa?	(4)Como lidou com a situação?

Registo de experiências positivas e negativas

Semana de 21 a 27 de Abril

(1)Data	(2)Situação	(3)Experiência positiva ou negativa?	(4)Como lidou com a situação?